医療事故情報収集等事業
平成21年　年報

平成22年８月31日

財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部

目次

はじめに ····· 1
平成２１年年報の発刊にあたって ····· 2
医療事故情報収集等事業について　～平成２１年年報の内容を中心に～ ····· 3

Ⅰ　医療事故情報収集等事業の概要 ····· 9

1　医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例収集の経緯 ····· 9

2　医療事故情報収集等事業の概要及び運営体制 ····· 11

【1】医療事故情報収集・分析・提供事業の概要 ····· 11
【2】ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要 ····· 16
【3】医療事故情報収集等事業の運営体制 ····· 19
【4】分析・提供体制 ····· 20

Ⅱ　報告の現況 ····· 21

1　医療事故情報収集・分析・提供事業の報告 ····· 21

【1】登録医療機関 ····· 21
【2】報告件数 ····· 23
【3】報告義務対象医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計） ····· 27
【4】報告義務対象医療機関からの報告の内容（発生月に基づいた集計） ····· 74
【5】参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計） ····· 120

2　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の報告 ····· 145

【1】登録医療機関 ····· 145
【2】報告件数の推移 ····· 146
【3】報告の内容 ····· 147

Ⅲ　医療事故情報等分析作業の現況 ····· 168

1　概況及び専門家部門の活動 ····· 168

【1】分析対象とするテーマの選定状況 ····· 168
【2】分析対象とする情報 ····· 168
【3】分析体制 ····· 168
【4】会議開催状況 ····· 168
【5】専門分析班の開催状況 ····· 170
【6】事故事例に対する追加情報の収集 ····· 170

2　専門家部門による個別テーマ検討の現況 ····· 190

【1】薬剤に関連した医療事故 ····· 190
【2】化学療法に関連した医療事故（再掲） ····· 231

【３】人工呼吸器の使用に関連した医療事故 …… 236
【４】電気メスなどに関連した医療事故 …… 243
【５】ベッドなど病室の設備に関連した医療事故 …… 251
【６】患者取り違えに関連した医療事故 …… 254
【７】手術・処置部位の間違いに関連した医療事故 …… 266
【８】貯血式自己血輸血に関連した医療事故 …… 283
【９】全身麻酔におけるレミフェンタニル使用に関連した医療事故 …… 286
【10】放射線検査に関連した医療事故 …… 290
【11】生殖補助医療に関連した医療事故 …… 302
【12】妊娠判定が関与した医療事故 …… 305
【13】Ｂ型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ（ＨＢワクチン接種等） …… 308
【14】凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた
患者の梗塞及び出血 …… 313

3　共有すべき医療事故情報 …… 321
【１】「共有すべき医療事故情報」 …… 321
【２】再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」 …… 322

4　再発・類似事例の発生状況 …… 329
【１】概況 …… 329
【２】「ＭＲＩ検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」
（医療安全情報 No.10）について …… 333
【３】「誤った患者への輸血」（医療安全情報 No.11）について …… 336
【４】「伝達されなかった指示変更」（医療安全情報 No.20）について …… 338
【５】「口頭指示による薬剤量間違い」（医療安全情報 No.27）について …… 341
【６】共有すべき医療事故情報「禁忌食品の配膳間違い」
（第 15 回報告書）について …… 343
【７】「グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔」（医療安全情報 No.3）について …… 344
【８】「間違ったカテーテル・ドレーンへの接続」
（医療安全情報 No.14）について …… 347
【９】「注射器に準備された薬剤の取り違え」（医療安全情報 No.15）について
…… 350
【10】「処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い」（医療安全情報 No.18）について
…… 352
【11】共有すべき医療事故情報「セントラルモニター受信患者間違い」
（第 16 回報告書）について …… 355
【12】「製剤の総量と有効成分の量の間違い」（医療安全情報 No.9）について …… 357
【13】「処方入力の際の単位間違い」（医療安全情報 No.23）について …… 360
【14】「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」
（医療安全情報 No.33）について …… 362

【15】共有すべき医療事故情報「電話による情報伝達間違い」
（第 10 回報告書）について ····· 365
【16】共有すべき医療事故情報「セントラルモニター受信患者間違い」
（第 16 回報告書）について ····· 367

Ⅳ　医療安全情報の提供 ····· 369

1　医療安全情報の事業の概要 ····· 369
【1】事業の目的 ····· 369
【2】対象医療機関 ····· 369
【3】提供の方法 ····· 369
【4】提供の内容 ····· 369

資料 1　医療事故情報収集等事業要綱 ····· 384
資料 2　報告義務対象医療機関一覧 ····· 392
資料 3　参加登録申請医療機関一覧 ····· 396
資料 4　医療事故情報報告様式 ····· 403
資料 5　ヒヤリ・ハット事例報告様式 ····· 411
資料 6　ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧 ····· 422
資料 7　ヒヤリ・ハット事例収集事業参加登録医療機関（定点外）一覧
····· 426
資料 8　医療事故防止事業　運営委員会名簿 ····· 436
資料 9　医療事故防止事業部　総合評価部会名簿 ····· 437

はじめに

財団法人日本医療機能評価機構
理事長　井原　哲夫

我が国の医療については、疾病構造の変化、医療技術の進歩等により、医療に求められるものが、高度化、多様化していると考えております。また近年では、社会そのものの構造の変化により、国民の保健医療に対する関心や要求がますます高まっています。このような状況下で、医療システムへの要請においては、量的に整備すること以上に質的に保証することが強調されるようになり、国民に対して医療提供状況に関する正しい情報を提供していくことと、良質な医療提供を推進し確保していくことが、重要な課題となりました。このような状況にあって、本財団の果たすべき役割は大変大きいと考えております。

良質な医療提供に関しては、医療安全の推進や医療事故防止の分野について、期待や関心が特に高まっているものと考えており、本財団の実施する事業において積極的に取り組んでいるところです。

最近では、平成２１年１月より、無過失補償の考え方を取り入れた産科医療補償制度を開始しました。また、平成２０年度に、薬局で発生したり発見されたりするヒヤリ・ハット事例の収集事業を開始し、平成２１年４月１日より薬局の参加登録を開始したところです。このように本財団は、医療安全の推進に資する新しい事業の運営に積極的に取り組んでいます。

医療事故防止事業部では、平成１６年度より医療事故防止と医療安全の推進を目的として医療事故情報やヒヤリ・ハット事例収集などを行う医療事故情報収集等事業を実施しており、収集した医療事故等の情報やその集計、分析の結果を報告書として取りまとめ、医療従事者、国民、行政機関等広く社会に対し定期的な報告書や年報として公表し、またファックスによる月に１回程度、医療安全情報として提供しております。平素より本事業において医療事故情報やヒヤリ・ハット事例等の情報を提供していただき、ご協力いただいております医療機関の皆様や、関係者の皆様に深く感謝申し上げますとともに、今後とも適切なご報告をお願い申し上げます。

この度は、過去に公表した報告書の内容を基本として作成した、平成２１年の年報を公表いたします。医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の１年分の集計の他、個別テーマの分析、共有すべき医療事故情報、研修会の開催概要や資料など医療安全の推進に役立つ多くの情報を掲載しておりますので、医療現場でご活用いただき、また、一般の方々もわが国の医療安全の取り組みの現状について理解を深めていただくことにお役立ていただければ幸いに存じます。また、本年報は、平成１７～２０年年報と同様、英訳も作成し当機構のホームページに掲載する予定です。併せてご活用いただければ幸いに存じます。これまでも報告書に対し医療事故の件数や内容に関するお問い合わせや報道など多くの反響があり、医療安全の推進や医療事故防止に関する社会的関心が依然として高いことを実感しております。今後とも皆様にとって有用な情報提供となるよう報告書の内容の一層の充実に努めてまいりたいと考えておりますので、ご指導の程お願い申し上げます。

さらに本財団としては、我が国の医療水準の向上のために、病院機能評価事業などの様々な事業を通じて国民の医療に対する信頼の確保と医療の質の向上に尽力してまいりたいと考えておりますので、今後ともご理解とご協力を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

平成２１年年報の発刊にあたって

財団法人日本医療機能評価機構
特命理事　野本 亀久雄

当事業部では、平成１６年１０月より医療事故の発生防止及び再発の予防を目的として医療事故情報収集等事業を開始しました。医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の収集、分析は、日々進歩する医療における安全文化の醸成のために行うものです。そのために、多くの情報を幅広く収集することを基盤として、それらの情報を医療安全の推進のために活用することが重要です。安全文化の醸成の観点からは、報告件数が多くなることをもって、医療事故やヒヤリ･ハット事例の発生が増えた、つまり、医療機関における安全性が低くなったと捉えることは、必ずしも当を得ていないものと考えます。本事業に参加することは、医療安全に取り組む積極的な姿勢を示すことにつながるとのご意見もいただいております。医療機関からご報告いただくことが、本事業の基盤であることから、当事業部では情報の取り扱いに十分配慮するなど、医療機関の皆様が報告し易い環境の整備に努めております。本事業にご参加いただき、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例をご報告していただいたり、訪問調査などにご協力いただいたりしている医療機関の皆様には、心より感謝申し上げる次第です。今後とも、本報告書をお読みいただく皆様へ、我が国の医療事故やヒヤリ・ハット事例に関する一層適切な情報提供を行っていくために、該当事例が発生した場合は事業要綱等に則して適切にご報告いただくようお願い致します。

この度は、既に公表した報告書を１年分取りまとめて作成した、平成２１年年報を公表致します。本年報の内容は、基本的に既に公表した報告書の内容から構成されているため、過去に公表した報告日に基づいた集計結果を基本としておりますが、その他にも医療事故の発生、または発生を認識した日に基づいた集計結果や、任意で参加して頂いている参加登録申請医療機関の情報を加えた集計結果も併せて掲載しております。また、追加情報の収集の一環として行っている現地状況確認調査の概要の内容を充実させ、掲載しています。さらに、７つの個別テーマの分析、共有すべき医療事故、医療安全情報の提供、研修会の開催概要なども掲載しております。本年報の内容を医療機関において、管理者、医療安全の担当者、医薬品の安全使用のための責任者、医療機器の安全使用のための責任者及びその他の職員の皆様の間で情報共有していただくことにより、病院内における医療安全推進にお役立て頂ければ大変幸いに存じます。

今後とも本事業報告書がわが国の医療事故防止、医療安全の推進に資するよう、報告書の内容の充実と一層有効な情報提供に取り組んでまいりますので、皆様のご理解とご協力を心よりお願い申し上げます。

医療事故情報収集等事業について
～平成２１年年報の内容を中心に～

財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部長　後　　信

１　はじめに

平素より、本事業の運営にご理解、ご協力いただき、深く感謝申し上げます。

さて、このたびは平成２１年１月から１２月までにご報告頂いた医療事故情報と、平成２１年１月から１２月に発生したヒヤリ・ハット事例のご報告をとりまとめた、平成２１年年報を公表いたします。過去に公表した四半期ごとの報告書の内容が中心となりますが、改めて報告書の内容を十分ご参照いただき、安全管理を担当とする方を中心に、それぞれの医療機関の実情に即した有用な部分を院内で周知していただければ幸いに存じます。

また、医療を受ける立場でこの報告書や本事業のホームページをご覧の皆様に於かれましては、医療事故やそれに至る前に防止できたヒヤリ・ハット事例の種類や内容、医療機関や医療界が再発防止に向けて取り組んでいる姿を、ご理解いただければ幸いに存じます。

さらに、この機会に、医療事故情報収集等事業やそれに関連する事業の現況について、以下にご紹介させていただきます。

２　平成２１年年報について

１）報告件数など

平成２１年１月から１２月には、２，０６４件の医療事故情報をご報告いただきました（２３ページ）。その内訳は、報告義務対象医療機関から１，８９５件、参加登録申請医療機関、つまり任意で参加していただいている医療機関から１６９件のご報告をいただいています。この件数は、平成２０年の報告件数を超えて、過去の年報でお示しした中で最も多い件数になりました。従来から申し上げてきております通り、医療事故を報告することが、事業開始後５年を経て次第に定着してきていることの現れと考えております。医療を取り巻く環境が厳しくなっているという指摘が多くなされる中で、医療機関の皆様のこの間のご協力に心より感謝申し上げますとともに、今後とも、本報告書中の、「Ⅰ－２－【１】医療事故情報収集・分析・提供事業の概要」に掲載している報告範囲（１１ページ）を今一度ご確認いただき、該当事例を、我が国の医療安全の推進のためにご報告していただければ幸いに存じます。

報告医療機関において、報告範囲に該当する事例が発生したことを把握すること、その事実を重要な情報を漏らさず整理すること、これを報告できる形にまとめること、報告すること、これらのことを行い質の高い報告を継続的に行うことは、決して容易なことではないと考えておりますが、医療機関の皆様には、今後とも適切なご報告をいただきますようお願いいたします。また、本事業に参加することで、前記のような事実を把握する能力や報告する能力が高まり、医療機関の医療安全推進に寄与するものと考えておりますので、何卒宜しくお願いいたします。

特に参加登録申請医療機関、つまり任意で参加していただいている医療機関からの報告件数は、報告義務対象医療機関のそれに比べて随分少ない状況が続いております。このことについては、本事業の運営委員会においても繰り返しご指摘を受けており、私どもも報告していただくことをお願いし続けてまいりましたが、現在でも依然として課題の一つとして認識しているところです。

２）報告の現況

本年報では、「Ⅱ　報告の現況」において、四半期ごとの報告書では公表していない、「報告義務対象医療機関からの報告の内容（発生月に基づいた集計）」（７４－１１９ページ）を掲載しています。医療機関では、医療事故が発生した後しばらく経ってからその発生を認識することがありますので、それらの図表は、より正確な発生状況をお示ししているものと考えております。また、報告義務対象医療機関からの報告と参加登録医療機関からの報告を合わせた集計も行っております（１２０－１４４ページ）。前述のように、参加登録医療機関からの報告件数が少ないため、四半期ごとの報告書にはこの集計は掲載しておりませんが、年報ではお示ししているものです。

掲載している多くの図表の数値には、毎年大きな変化は見られない傾向にあります。しかしながら、本事業は、変化がある場合もない場合も、医療事故やヒヤリ・ハットの現状を社会に継続的に示し、医療の透明性を高めることに寄与していくことも本事業の役割と考えております。

３）個別のテーマ（１９０－３２０ページ）

平成２１年には、以下の１４テーマを取り上げて分析を行いました。

（１）　薬剤に関連した医療事故
（２）　化学療法に関連した医療事故
（３）　人工呼吸器の使用に関連した医療事故
（４）　電気メスなどに関連した医療事故
（５）　ベッドなど病室の施設に関連した医療事故
（６）　患者取り違えに関連した医療事故
（７）　手術・処置部位の間違いに関連した医療事故
（８）　貯血式自己血輸血に関連した医療事故
（９）　全身麻酔におけるレミフェンタニル使用に関連した医療事故
（１０）放射線検査に関連した医療事故
（１１）生殖補助医療に関連した医療事故
（１２）妊娠判定が関与した医療事故
（１３）Ｂ型肝炎母子感染対策の実施忘れ
（１４）凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の梗塞及び出血

平成２１年は、テーマの設定の方法を見直した年となりました。従来通りのテーマ設定、つまり、テーマを設定した後それに該当するヒヤリ・ハット事例を一定期間収集し、そののち分析を行う方法も引き続き取り入れています。見直しの内容として、第１７回報告書で「共有すべき医療事故情報」に取り上げていた重要な事例の紹介を、第１８回報告書から、「個別のテーマの検討状況」の項目で取り

上げることとし、同時に一層多くの情報を盛り込むことにしました。具体的には、事例紹介にとどまらず、事例の背景や関連する国内外の医療安全に関する情報の紹介などを盛り込み、テーマとして位置付けるにふさわしい情報量となるよう努めました。このように、第１８回報告書から、テーマ設定の方法を見直しました。

平成２１年の報告書の個別テーマの中で、この見直しによって新しく取り上げられたテーマは、以下の通りです。

（１）　貯血式自己血輸血に関連した医療事故
（２）　全身麻酔におけるレミフェンタニル使用に関連した医療事故
（３）　生殖補助医療に関連した医療事故
（４）　妊娠判定が関与した医療事故
（５）　Ｂ型肝炎母子感染対策の実施忘れ
（６）　凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の梗塞及び出血

このような方法でテーマとして取り上げ、後方視的に事例を調べる方法を取り入れることにより、最近発生した重要な事例を迅速にテーマとして取り上げることが出来るようになりました。

４）共有すべき医療事故情報､再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」（３２１－３２８ページ）

１７回報告書では、それまでの報告書と同様に、特に重要と考えられる事例について、「共有すべき医療事故情報」において具体的な事例紹介をしています。また、紹介後も事例の再発や類似事例の発生が報告されることがありますので、それを、再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」という位置づけで、再度事例紹介し、注意喚起を図ることとしています。

先述したように、１８回報告書から「共有すべき医療事故情報」を見直し、個別のテーマとして取り上げることとしました。また、再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」も併せて見直し、後述する「再発・類似事例の発生状況」として位置づけました。いずれの見直しも、従来よりもさらに多くの情報を盛り込んだ内容にするとともに、新しい位置づけを与えるという、発展的な見直しと考えております。

５）再発・類似事例の発生状況（３２９―３６８ページ）

「４　再発・類似事例の発生状況」も第１８回報告書で見直しを行った部分です。第１７回報告書までは､「共有すべき医療事故情報」部分に掲載されていた事例やその類似事例が再度報告された場合、「再び報告のあった共有すべき医療事故情報」という事項で事例紹介をしておりました。このように一度情報提供しても、実際には、その中のいくつかについては引き続き類似事例が発生している現実があります。そこで、第１８回報告書から「再発・類似事例の発生状況」という項目を設けて分析した内容を記載しています。具体的には、過去に提供したそれらの情報の中から順次取り上げ、情報提供前や提供後、そして現在に至るまでの類似事例の発生件数やその推移、それらの類似事例について医療機関から報告された具体的な改善策などの内容を掲載しております。

平成２１年には、以下の事例を、再発・類似事例の発生状況として取り上げました。

（１）　ＭＲＩ検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み
（２）　誤った患者への輸血
（３）　伝達されなかった指示変更
（４）　口頭指示による薬剤量間違い
（５）　禁忌食品の配膳間違い
（６）　グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔
（７）　間違ったカテーテル・ドレーンへの接続
（８）　注射器に準備された薬剤の取り違え
（９）　処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い
（１０）セントラルモニター受信患者違い
（１１）製剤の総量と有効成分量の間違い
（１２）処方入力の際の単位間違い
（１３）ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出
（１４）電話による情報伝達間違い
（１５）セントラルモニター受信患者間違い　※（１０）に引き続き取り上げました。

医療機関の皆様におかれましては、このような再発・類似事例の発生状況を、過去に情報提供した医療安全情報等も併せてご活用いただければ、一層効果的な周知になるものと考えておりますので何卒宜しくお願い申し上げます。

６）医療安全情報

本報告書が対象とする平成２１年１～１２月に提供した、医療安全情報のＮｏ．２６－３７のタイトル一覧を掲載しております（３７０ページ)。この情報は、事業に参加している医療機関や情報提供を希望した病院、合計約４，９００医療機関に対して、毎月１回程度ファックスによる情報提供を行うとともに、同日ホームページにも掲載しています。残りの病院に対しても、ファックスによる送付のご依頼を随時受け付けております。

一見すると、「自分の施設ではこのような事例は起こらないだろう。」「自分はこのような事例の当事者とはならないだろう。」と思うような基本的な内容の医療事故が、医療機関の大小を問わず発生しているという現実があります。そこで、そのような事例を情報提供するとともに、できるだけ多くの医療機関でご活用いただけることにもつながるため、基本的な内容の医療事故を中心に作成することにも心がけております。

最近では、医療機関の中で安全に対する意識を高めるために、医療安全情報の内容をもっと踏み込んだものにして欲しいというご要望もいただいております。そこで、医療者の裁量をいたずらに制限することなく、同時に、当然行うべきこと、当然行うべきでないことであれば、総合評価部会の意見を付すこととしました。Ｎｏ．３７「「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ」が、初めてその様式で作成された医療安全情報です。「総合評価部会の意見」と書かれた部分が、従来よりも踏み込んだ情報提供の部分に相当します。今後も同様な考え方で作成していくこととしておりますので、ご理解のほど宜しくお願い致します。

また、医療安全情報Ｎｏ．４０「２００９年に提供した医療安全情報」では、上記Ｎｏ．２６－

３７の再発・類似事例についても掲載しておりますが、全ての事例を医療安全情報で取り上げることは難しいため、掲載できなかった事例を本年報に掲載しています（３７１－３８３ページ）。医療安全情報Ｎｏ．４０と合わせてご覧いただき、全国で繰り返し発生している事例の再発防止の仕組み作りに取り組んでいただければ幸いに存じます。

３　平成２２年１月より開始した新しい情報収集・提供体制について

本事業では、平成２２年１月より、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の収集体制やインターネットなどを活用した情報提供体制等を見直し、新しい体制により事業運営を開始しました。これは、医療機関の皆様にとって報告の負担を軽減し、これまで以上に報告しやすい環境を整備するとともに、医療安全推進に必要な情報の収集は引き続き行っていく観点から、平成２０年度に本事業の運営委員会や総合評価部会において検討していただいた内容を具体化したものです。平成２１年は、そのためのシステム開発や、新しい情報収集体制の内容を示したパンフレットを作成配布し、周知に努めました。

４　研修会の開催（１３－１５ページ）

本事業では、本事業の趣旨の周知や、報告の質の向上を目的として、研修会を実施しています。平成２１年には、２月、８月、１０月に開催いたしました。１０月に開催した研修会では、業務工程図の作成と活用を学ぶ演習とし、２月、８月の研修会では、医療安全に関する国内外の取り組みを学ぶ講義中心の研修会としました。いずれの研修会にも、多数の応募をいただき、深く感謝申し上げます。参加者の皆様より、研修の機会を増やして欲しい、自施設からさらに多くの職員が出席できるようにしてほしい、といったご要望をいただいております。今後もそれらのご要望にお応えできるよう、研修会の充実を図っていきたいと考えています。

５　医療事故情報収集等事業の現況と課題

本事業では、平成２１年に、次に掲げる事項を、今後の５年間に向けて課題として整理し、中間報告を公表しました（「医療事故情報収集等事業の現状と課題」（最終報告）：http://www.med-safe.jp/pdf/CurrentState&Problem.pdf）。

平成２２年になり、新しい情報収集体制の開始に伴い、医療事故報告医療機関数の増加、報告件数の増加、報告書と Web による情報提供の役割の見直し、Web を活用した一層多くの情報提供など、課題がひとつずつ実行されつつあるところです。

① 事業に参加している医療機関数について
　ア　医療事故情報収集・分析・提供事業の参加医療機関数の増加
　イ　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の参加医療機関数の増加
② 医療機関からの報告件数の向上
③ 報告された情報の質の向上について

ア　報告された事例の情報の質の向上

④　有用な情報の発信と活用しやすい情報の提供について

ア　医療事故情報のデータベースとしての機能の向上

イ　報告しやすい環境の構築

⑤　報告された事例情報の分析について

⑥　事業の周知について

⑦　医療機関や国民に対する本事業の性質や方向性の理解について

6　薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業との連携～薬剤に関する情報提供が充実します～

医療事故防止事業部では、平成２１年４月から、薬局で発生した、または、発見されたヒヤリ･ハット事例を収集する、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業を開始し、平成２２年３月に第２回集計報告を公表しました。

参加薬局数は、増加を続けており、２，６００軒を超えました。同時に報告していただく事例数も増加し、現在では毎月１，０００－１，５００事例程度の報告が続いています。

「薬局ヒヤリ・ハット」といっても、医療機関で発生した処方箋のエラーが、薬局で発見される「疑義照会」の事例も７－８％あり、そのような事例も薬局による報告の対象となっています。報告された事例は、事業のホームページにおいて、既に３，０００事例程度を公表しています。また、ホームページの「公開データ閲覧」のボタンをクリックしていただくと、キーワード等を入力することにより事例が検索することができるようになっています。その他に特に重要な事例を抽出して、「共有すべき事例」として、個別事例を専門家のコメントを付して公表することもしています。このような情報提供の方法は、医療事故情報収集等事業に先駆けて薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で開始したものであり、医療事故情報収集等事業も平成２２年には同様の情報提供の充実を図っていくこととしています。

薬局で発生するヒヤリ・ハット事例の多くが調剤であり、その内訳としては、「数量間違い」「企画剤形間違い」「薬剤取り違え」が多いなど、医療機関におけるヒヤリ・ハットや医療事故の内容と共通する部分が多いことがわかります。このように、当機構が医療機関と薬局で発生する事例を一限定に収集することのメリットを生かし、薬剤に関する医療事故防止については、特に手厚く情報提供を行っていくこととしております。

7　おわりに

事業に参加しておられる医療機関の皆様におかれましては、引き続き本事業において医療事故情報やヒヤリ・ハット事例をご報告をいただきますよう宜しくお願い申し上げます。また、これまで以上に報告しやすい環境を整備することにより、報告の負担のために従来本事業への参加を躊躇しておられた医療機関の皆様の新規のご参加も期待しております。

今後とも本事業報告書が我が国の医療事故防止、医療安全の推進に資するよう、報告書の内容充実と、一層有効な情報提供に取り組んでまいりますので、皆様のご理解とご協力を心よりお願い申し上げます。

Ⅰ　医療事故情報収集等事業の概要

1　医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例収集の経緯

ヒヤリ・ハット事例収集の経緯

厚生労働省では、平成１３年１０月から、ヒヤリ・ハット事例を収集・分析し、その改善方策等医療安全に資する情報を提供する「医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ･ハット事例収集事業）」を開始した。事業開始当初、医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構（現（独）医薬品医療機器総合機構）が参加医療機関からヒヤリ・ハット事例を収集したのち厚生労働省へ報告し、厚生労働省の研究班が集計・分析を行う枠組みとなっていた。この枠組みに従って第１回から第１３回までのヒヤリ・ハット事例収集が行われ、厚生労働省より集計結果の概要を公表する等、収集したヒヤリ・ハット事例に基づく情報提供が行われた。(注１)

平成１６年度からは、当機構が医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構（現（独）医薬品医療機器総合機構）よりヒヤリ・ハット事例の収集事業を引き継ぎ、第１１回以降のヒヤリ・ハット事例収集を行っている。集計結果や分析は、当機構のホームページにおいて公表している。(注２)

医療事故情報収集の経緯

平成１４年４月、厚生労働省が設置した医療安全対策検討会議が「医療安全推進総合対策」(注３)を取りまとめ公表した。同報告書は、平成１３年１０月から既に開始された医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）に関し、「事例分析的な内容については、今後より多くの施設から、より的確な分析・検討結果と改善方策の分析・検討結果を収集する体制を検討する必要がある。」と述べるとともに、医療事故事例に関してもその収集・分析による活用や強制的な調査・報告の制度化を求める意見を紹介しつつ、医療事故の報告に伴う法的な問題も含めてさらに検討する必要があると述べた。

その後、厚生労働省が平成１６年９月２１日付で医療法施行規則の一部を改正する省令(注４)を公布し、特定機能病院等に対して医療事故の報告を義務付けた。当機構は、平成１６年１０月１日に厚生労働大臣の登録を受け当該省令に定める事故等分析事業を行う登録分析機関となった。

（注１）厚生労働省ホームページ「医療安全対策について」（http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/index.html）参照。

（注２）財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ（www.med-safe.jp/）参照。

（注３）「医療安全推進総合対策」では、『医療機関における安全対策』、『医薬品･医療用具等に関わる安全向上』、『医療安全に関する教育研修』、『医療安全を推進するための環境整備等』を取り組むべき課題として提言がなされた。
厚生労働省ホームページ（医療安全対策のページにおける「報告書等」のページ）（http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/houkoku/index.html）参照。

（注４）厚生労働省令第１３３号。

当機構における事業の経緯

平成１６年７月１日、当機構内に医療事故防止センター（現　医療事故防止事業部）を付設し、平成１６年１０月７日、法令に基づく医療事故情報の収集を開始した。医療事故防止事業部（注１）では、ヒヤリ・ハット事例、医療事故情報を併せて総合的に分析し、当事業部の運営委員会（注２）の方針に基づいて、専門家より構成される総合評価部会（注３）による取りまとめを経て報告書を作成している。当機構では、報告書を、当該事業に参加している医療機関、関係団体、行政機関等に送付するとともに、当機構のホームページ（注４）へ掲載すること等により広く社会に公表している。

（注１）平成２０年４月１日より組織改正のため医療事故防止センターは医療事故防止事業部となった。
（注２）医療全般、安全対策等の有識者や一般有識者等で構成され、当センターの活動方針の検討及び活動内容の評価等を行っている。
（注３）各分野からの専門家等で構成され、報告書を総合的に評価・検討している。また、分析手法や方法等に関する技術的支援も行っている。
（注４）財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ（www.med-safe.jp/）参照。

2　医療事故情報収集等事業の概要及び運営体制

当事業は、医療事故情報収集・分析・提供事業とヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の２つの事業より構成されており（注１）、以下にそれらの事業における情報収集の概要を述べる。

【１】医療事故情報収集・分析・提供事業の概要

（１）事業の目的

報告義務対象医療機関並びに参加登録申請医療機関から報告された医療事故情報等を、収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

（２）医療事故情報の収集

１．対象医療機関

対象医療機関は、次に掲げる報告義務対象医療機関と参加登録申請医療機関である。

ⅰ）報告義務対象医療機関（注２）

①　国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所
②　独立行政法人国立病院機構の開設する病院
③　学校教育法に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）
④　特定機能病院

ⅱ）参加登録申請医療機関（注３）

報告義務対象医療機関以外で参加を希望する医療機関は、必要事項の登録を経て参加することができる。

（注１）資料１「医療事故情報収集等事業要綱」参照。
（注２）国立高度専門医療センター、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、学校教育法（昭和２２年法律第２６号）に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）、特定機能病院に対して、厚生労働省は平成１６年９月２１日付で医療法施行規則の一部を改正する省令（平成１６年 厚生労働省令第１３３号）を公布し、医療事故事例の報告を義務付けた。
資料２「報告義務対象医療機関一覧」参照。
（注３）資料３「参加登録申請医療機関一覧」参照。

2．医療事故事例として報告していただく情報

報告の対象となる医療事故情報は次の通りである。

① 誤った医療または管理を行なったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。

② 誤った医療または管理を行なったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）。

③ ①及び②に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。

3．報告方法及び報告期日

事故報告はインターネット回線（ＳＳＬ暗号化通信方式）を通じ、Ｗｅｂ上の専用報告画面を用いて行う。また、報告は当該事故が発生した日若しくは事故の発生を認識した日から原則として二週間以内に行わなければならない。

4．報告形式

報告形式は、コード選択形式と記述形式である（注1）。コード選択形式は、チェックボックスやプルダウンリストから該当コードを選択して回答する方法である。一方、記述形式は、記述欄に文字入力する方法である。

本報告書では、コード選択のない回答については「未選択」とし、記述欄に記入のないものについては「未記入」と表現している。

（3）医療事故情報の分析・公表

1．結果の集計

財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部において行った。

2．集計・分析結果の公表

本報告書及び財団法人日本医療機能評価機構ホームページ（注2）を通じて、関係者や国民に情報提供している。

（注1）資料4「医療事故情報報告様式」参照。

（注2）財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ（www.med-safe.jp/）参照。

（4）医療事故情報収集に関連した教育研修

本事業では、参加登録医療機関として報告制度を理解し、本事業に対して理解を深め、参加意欲を高めていただくために、研修会を平成２１年は４回開催した。

本事業参加登録医療機関において、医療事故報告制度の現状を知っていただくとともに、業務工程についての演習を中心とした「医療事故情報の活用と分析に関する研修会」を開催した。

また、多くの医療機関の方々に受講していただけるよう、講義形式にて「医療安全における国内外の取り組みに関する研修会」を開催した。

１．第２回　医療安全における国内外の取り組みに関する研修会

（１）研修会の概要

ⅰ）開催日　平成２１年２月２日（月）

ⅱ）開催場所　大阪

ⅲ）対象者

医療事故情報収集・分析・提供事業の参加登録医療機関及びヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の参加医療機関の医療安全管理部門の責任者または、医療安全管理に係る者

ⅳ）内容

講義：医療事故情報収集等事業について
　　医療安全における行政の取り組み
　　医療安全における海外の現況

（２）受講状況

受講者数　　１２８名（９３医療機関）

（３）内容

研修会のプログラム、受講者のアンケート結果は第 17 回報告書資料４のとおり。

２．第３回　医療安全における国内外の取り組みに関する研修会

（１）研修会の概要

ⅰ）開催日　平成２１年８月２８日（月）

ⅱ）開催場所　福岡

ⅲ）対象者

医療事故情報収集・分析・提供事業の参加登録医療機関の医療安全管理部門の責任者または、医療安全管理に係る者

ⅳ）内容

講義：医療事故情報収集等事業について
わが国における無過失補償制度（産科医療補償制度）について
医療安全における海外の現況

（2）受講状況

受講者数　　７６名（５３医療機関）

（3）内容

研修会のプログラム、受講者のアンケート結果は第 19 回報告書資料４のとおり。

3．第３回医療事故情報の活用と分析に関する研修会

この研修会は、産業界などで取り入れられている業務のプロセスを図式化した業務工程図についての考え方や作成の方法を学ぶものである。業務を職種横断的に具体化、可視化する業務工程図は医療事故の発生予防・再発防止においても有用であると思われる。

本研修会では、受講生が自施設の「病棟における注射業務に関する業務工程図」を作成し提出したうえで講義を受け、自施設の業務工程図の修正と、インストラクターと事務局で準備した医療事故事例を用いて業務工程を検討した。自施設の業務工程の脆弱性に気付いたり、業務工程図を医療事故分析にどのように役立てることができるか、考える内容となっている。

研修会のプログラムや研修会インストラクターおよび事務局で作成した資料等は第 20 回報告書資料４のとおり。

（1）研修会の概要

ⅰ）開催日　平成２１年１０月４日（日）

ⅱ）開催場所　大阪

ⅲ）対象者

各医療機関３名、なるべく多職種のメンバー構成

①　参加登録医療機関の医療安全管理部門の責任者およびそれに準ずる者

②　参加登録医療機関の中で医療安全に関しての役割を担っている者

ⅳ）プログラム

講義：医療事故情報収集等事業の現況と課題について
　　業務工程図とは
　　業務工程図作成の意義

演習：事故事例を用い、自施設の業務工程図を作成し、事故事例から業務の問題点や脆弱性を発見して、改善策を検討する。

（2）受講状況

受講者数　４８名（１６医療機関）

受講生背景

医　　師	１５名
歯科医師	１名
薬 剤 師	９名

看 護 師　　１８名
臨床検査技師　１名
歯科技工士　　１名
事　務　職　　３名
※　医療安全管理者の専従者　１６名

【2】ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要

（1）事業の目的

参加登録医療機関から報告されたヒヤリ・ハット情報を収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

（2）ヒヤリ・ハット事例情報の収集

1．対象医療機関

対象医療機関は、参加申請を行った参加登録医療機関である。

2．ヒヤリ・ハット事例として報告していただく情報

i）報告の対象となるヒヤリ・ハット事例

①　誤った医療行為等が、患者に実施される前に発見された事例。

②　誤った医療行為等が実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった事例。

③　誤った医療行為等が実施され、その結果、軽微な処置・治療を要した事例。

ii）「全般コード化情報」と「記述情報」を収集する医療機関

ヒヤリ・ハット事例は「全般コード化情報」と「記述情報」の２種類の情報より構成され、それぞれの情報を収集する医療機関が異なっている。以下にそれらの情報内容及びそれらの情報を収集する医療機関の相違について述べる。

①　全般コード化情報

収集期間中に発生した全てのヒヤリ･ハット事例を、発生場面や発生内容等に関する情報をコード表に基づいた報告様式(注1)に則り収集する。

なお、全般コード化情報は、定点医療機関(注2)からのみ収集する。

②　記述情報

医療安全対策を推進する観点から、広く情報提供することが重要であると考える事例について、発生要因や改善方策等を「記述情報」の報告様式に則り報告していただく。

「記述情報」は、すべての参加登録医療機関(注3)から収集し、次のａ、ｂに該当する事例が対象となる。

（注１）資料５「ヒヤリ・ハット事例報告様式」参照。

（注２）定点医療機関とは、ヒヤリ・ハット事例収集等事業の参加登録医療機関の中から「全般コード化情報」の提供に協力の得られた医療機関をいう。病院規模及び地域に偏りのないように抽出し、平成２１年１２月３１日現在、２３２施設の協力を得ている。
資料６「ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧」参照。

（注３）資料７「ヒヤリ・ハット事例収集事業参加登録医療機関（定点外）一覧」参照

a）収集期間（収集回）毎に定められたテーマ（注1）に該当する事例（図表Ⅰ - 2 - 1）

b）a）で定めたテーマに関わらず常時収集対象となる事例

・もしその行為が実施されていたら、あるいはその事象の発生に気付かなければ、患者が死亡若しくは重篤な状況に至ったと考えられる事例

・新規薬剤導入時などに発生した名称や形状に関連する事例、医療機器の誤操作など、薬剤・医療機器・医療用具等に由来する事例（注2）

・その他、医療機関内で安全管理担当者が十分に精査を行ったうえで、その事例の報告を行うことが医療安全の向上に貢献すると判断する事例

図表Ⅰ - 2 - 1　収集回毎に定められた記述情報収集テーマ

収集回	発生月		テーマ
第 31 回	平成 21 年	1 月～ 3 月	○ベッドなど患者の病室で使用される設備に関連した事例 ○電気メスに関連した事例 ○化学療法に関連した事例 ○放射線検査に関連した事例
第 32 回		4 月～ 6 月	○ベッドなど患者の病室で使用される設備に関連した事例 ○電気メスに関連した事例 ○化学療法に関連した事例 ○放射線検査に関連した事例
第 33 回		7 月～ 9 月	○放射線検査に関連した事例 ○電気メスに関連した事例 ○化学療法に関連した事例
第 34 回		10 月～ 12 月	○放射線検査に関連した事例

3．報告方法

報告方法は① Ｗｅｂ報告方式と② 指定フォーマット（ＣＳＶ形式）報告方式の２つである。参加登録申請の際にいずれかの方式を選択する。

4．報告形式

報告形式は、コード選択形式と記述形式である（注3）。コード選択形式は、チェックボックスやプルダウンリストから該当コードを選択して回答する方法である。一方、記述形式は、記述欄に文字入力する方法である。

（注１）医療事故の個別のテーマに関する分析に役立てるために、ヒヤリ・ハット事例収集の対象事例のテーマを設定し、収集期間を設けて報告していただいている。

（注２）医薬品・医療用具・諸物品が要因と考えられる事例については、併せて事例に関連した薬剤（販売）名、規格単位等の情報を提供していただいている。

（注３）資料５「ヒヤリ・ハット事例報告様式」参照。

（3）ヒヤリ・ハット事例情報の分析・提供

1．結果の集計

財団法人日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部において行った。

2．結果の提供

本報告書及び財団法人日本医療機能評価機構ホームページ（注1）を通じて、関係者や国民に情報提供している。

（注1）財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ（www.med-safe.jp/）参照。

【３】医療事故情報収集等事業の運営体制

医療事故情報を収集する第三者機関としての中立性・公平性を担保し、事業の円滑な運営を図るために当事業部に以下の委員会・事業部等の機関を設置している。

（１）運営委員会

医療全般、安全対策などの有識者や一般有識者など１８名（平成２１年１２月３１日現在）で構成し(注1)、当事業部の活動方針の検討及び活動内容の評価を行う。本財団の寄附行為に定める小委員会として設置している。

（２）専門家部門

①総合評価部会

各分野からの専門家など１４名（平成２１年１２月３１日現在）で構成し(注2)、後述の「専門分析班」が作成した報告書（案）及び医療安全情報（案）を総合的に評価、検討する。また、分析手法や方法等に関する技術的支援も行う。

②専門分析班

医療安全に関わる医療専門職、安全管理の専門家などで構成し、報告事例の確認・分析・対策の立案などを行い、報告書（案）及び医療安全情報（案）を作成する。必要に応じて、分析・対策立案に必要な情報の収集や現地状況確認調査を実施する。現在､約２０名の専門分析班員が活動を行っている。

（３）医療事故防止事業部

医療事故防止事業部が、医療事故情報収集等事業を担当している。

同部には、医療専門資格を有する者及び客員研究員等を配置し、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例の受付や医療安全に有用な情報の収集、当事業の報告書や医療安全情報の作成及び公表等を行う。また、必要に応じて専門分析班員と共に現地状況確認調査を行い、追加情報収集等を行う。

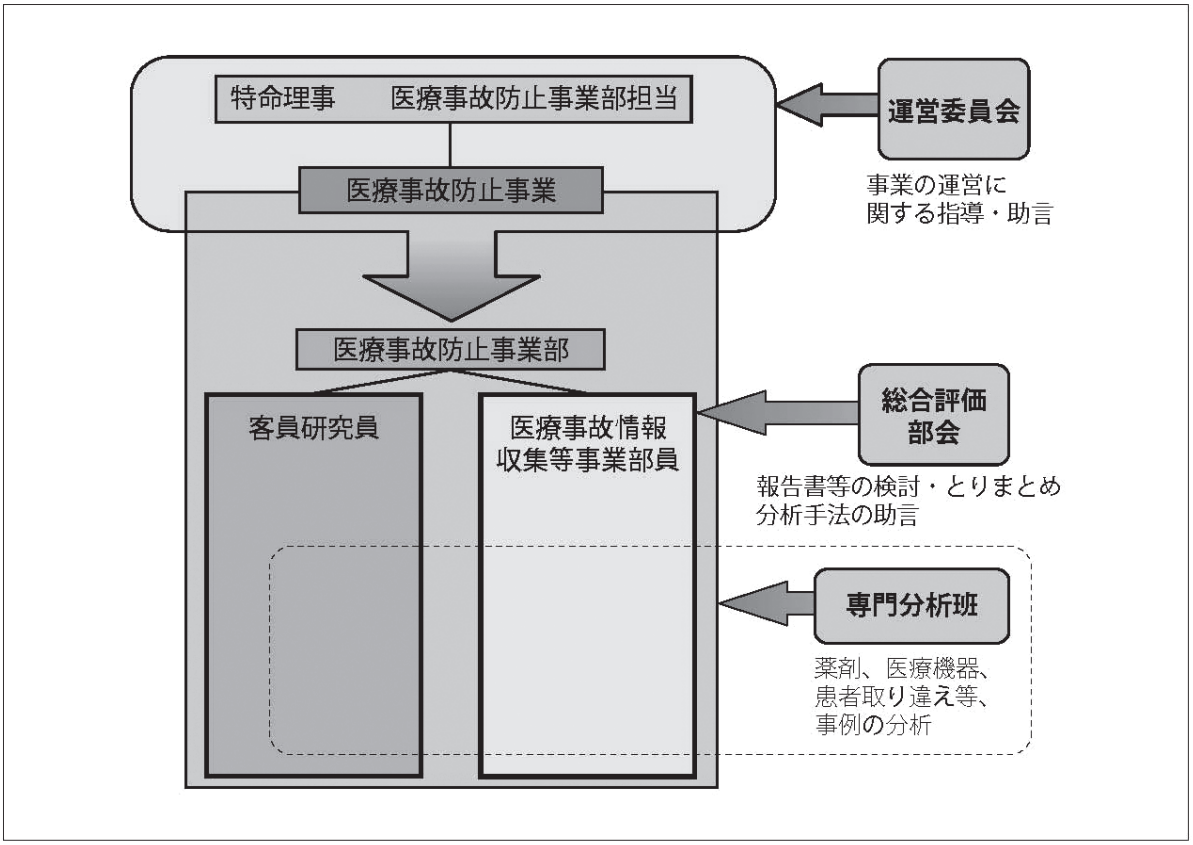
（注１）資料８「医療事故防止事業部　運営委員会名簿」参照。
（注２）資料９「医療事故防止事業部　総合評価部会名簿」参照。

【4】分析・提供体制

報告された一次情報を取り扱うのは、当事業部の守秘義務規程の対象となる職員・客員研究員・専門分析班員である。一次情報は職員等によって匿名化され分析に供される。

専門分析班は必要に応じて、追加情報の収集や先行研究の調査、事象に関して先進的な取り組みを行っている医療機関の実践の確認等を行う。これらの情報を総合して分析した結果を専門分析班が報告書（案）及び医療安全情報（案）として取りまとめ、総合評価部会へ提出する。総合評価部会は提出された報告書（案）等を専門的な見地から検討し、報告書・医療安全情報として取りまとめて、当機構から広く社会に公表する。

図表Ⅰ-2-2



Ⅱ　報告の現況

1　医療事故情報収集・分析・提供事業の報告

この年報では３種類の集計情報を公表している。

①　報告義務対象医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）
　四半期毎に公表している報告書と同じ集計である。

②　報告義務対象医療機関からの報告の内容（発生月に基づいた集計）

③　参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

本事業に参加している全ての医療機関（報告義務対象医療機関と参加登録申請医療機関）の情報を集計したものである。

【１】登録医療機関

医療事故情報をご報告いただいている医療機関は、報告義務対象医療機関と任意参加の医療機関である参加登録申請医療機関とに大別される。

（１）報告義務対象医療機関数及び参加登録申請医療機関数

平成２１年１２月３１日現在、医療事故情報収集・分析・提供事業に参加している医療機関数は次の通りである。

図表Ⅱ-1-1　報告義務対象医療機関数及び参加登録申請医療機関数

開設者		報告義務対象医療機関	参加登録申請医療機関（注）
国	国立大学法人等	46	1
	独立行政法人国立病院機構	145	0
	厚生労働省（国立高度専門医療センター）	8	0
	厚生労働省（ハンセン病療養所）	13	0
	独立行政法人労働者健康福祉機構	0	2
自治体	都道府県	1	12
	市町村	0	37
	公立大学法人	9	1
	地方独立行政法人	1	1
自治体以外の公的医療機関の開設者	日本赤十字社	0	56
	恩賜財団済生会	0	10
	北海道社会事業協会	0	1
	厚生農業協同組合連合会	0	8
	国民健康保険団体連合会	0	1
	全国社会保険協会連合会	0	37
	厚生年金事業振興団	0	2
	船員保険会	0	1
	健康保険組合及びその連合会	0	1
	共済組合及びその連合会	0	7
法人	学校法人	50	12
	医療法人	0	184
	公益法人	0	15
	会社	0	9
	その他法人	0	15
個　人		0	14
合　計		273	427

（注１）報告義務対象医療機関（２７３施設）の内訳は以下の通りである。
①国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所　２１施設
②独立行政法人国立病院機構の開設する病院　１４５施設
③学校教育法に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）　１０５施設
④特定機能病院（上記①～③と重複している施設も含む）　８３施設
（注２）参加登録申請医療機関とは、報告義務対象医療機関以外に任意で当事業に参加している医療機関である。

（2）参加登録申請医療機関における登録件数の推移

平成２１年１月１日から同年１２月３１日までの参加登録申請医療機関における登録件数の推移は以下の通りである。

図表Ⅱ-1-2　参加登録申請医療機関の登録件数

	平成 21 年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
参加登録申請医療機関数	0	1	2	45	53	57	5	3	3	0	0	0
登録取下げ医療機関数	23	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
累　計	260	260	262	306	359	416	421	424	427	427	427	427

【2】報告件数

（1）月別報告件数

平成２１年１月１日から同年１２月３１日までの報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関の月別報告件数は以下の通りである。

図表Ⅱ-1-3　報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関の月別報告件数

	平成21年												合計
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
報告義務対象医療機関報告数	186	151	201	128	109	171	173	210	124	119	164	159	1,895
参加登録申請医療機関報告数	7	12	15	7	9	16	30	15	18	15	10	15	169
報告義務対象医療機関数	272	272	272	273	273	273	273	273	273	273	273	273	－
参加登録申請医療機関数	260	260	262	306	359	416	421	424	427	427	427	427	－

（2）医療事故事例の報告状況

①　報告義務対象医療機関の報告状況

平成２１年１２月３１日現在の報告義務対象医療機関の平成２１年１月１日から同年１２月３１日までの報告医療機関数および報告件数を図表Ⅱ - 1 - 4に、事業開始からの報告件数を開設者別に集計したものを図表Ⅱ-1-5に、病床規模別に集計したものを図表Ⅱ-1-6に、地域別に集計したものを図表Ⅱ-1-7に示す。また、同期間内における報告医療機関数を報告件数別に集計したものを図表Ⅱ-1-8に示す。なお、報告義務医療機関は事業開始後にいくつかの医療機関において報告義務の新規認定や医療機関の廃止等の変更が行われているため、他の図表と数値が一致しないところがある。平成２１年１２月３１日現在報告義務対象医療機関の数は２７３施設、病床数合計は１４４,０１９床である。

図表Ⅱ-1-4　開設者別報告義務対象医療機関の報告医療機関数及び報告件数

開設者		医療機関数（平成21年12月31日現在）	報告医療機関数 平成21年1月～12月	報告件数 平成21年1月～12月
国	国立大学法人等	46	43	300
	独立行政法人国立病院機構	145	117	995
	国立高度専門医療センター	8	7	115
	ハンセン病療養所	13	6	26
自治体	都道府県	11	9	53
	市町村			
	公立大学法人			
	地方独立行政法人			
法人	学校法人	50	30	406
（再掲）	特定機能病院	83	80	788
合　計		273	212	1,895

図表Ⅱ-1-5　報告義務対象医療機関の報告件数

開設者		報告件数 平成 16 年 10 月～平成 21 年 12 月
国	国立大学法人等	1,457
	独立行政法人国立病院機構	3,159
	国立高度専門医療センター	377
	ハンセン病療養所	85
自治体	都道府県	195
	市町村	
	公立大学法人	
	地方独立行政法人	
法人	学校法人	1,961
（再掲）	特定機能病院	3,673
合　計		7,234

図表Ⅱ-1-6　病床規模別報告義務対象医療機関の報告医療機関数及び報告件数

病床数	医療機関数	報告医療機関数 平成 21 年 1 月～ 12 月	報告件数 平成 21 年 1 月～ 12 月
0 ～ 19 床	0	0	0
20 ～ 49 床	13	3	10
50 ～ 99 床	6	0	0
100 ～ 149 床	4	2	6
150 ～ 199 床	9	7	13
200 ～ 249 床	13	11	57
250 ～ 299 床	16	11	61
300 ～ 349 床	26	18	129
350 ～ 399 床	17	14	103
400 ～ 449 床	26	23	211
450 ～ 499 床	15	10	75
500 ～ 549 床	13	10	73
550 ～ 599 床	11	7	97
600 ～ 649 床	26	23	206
650 ～ 699 床	9	8	134
700 ～ 749 床	11	10	122
750 ～ 799 床	2	2	10
800 ～ 849 床	12	11	72
850 ～ 899 床	5	5	33
900 ～ 999 床	9	9	39
1000 床以上	30	28	444
合　計	273	212	1,895

図表Ⅱ-1-7　地域別報告義務対象医療機関の報告医療機関数及び報告件数

地域	医療機関数	報告医療機関数	報告件数
		平成 21 年 1 月～ 12 月	平成 21 年 1 月～ 12 月
北海道	11	8	81
東北	24	18	125
関東甲信越	84	62	678
東海北陸	37	33	277
近畿	35	27	186
中国四国	36	30	303
九州沖縄	46	34	245
合　計	273	212	1,895

図表Ⅱ-1-8　報告件数別報告義務対象医療機関数

報告件数	報告医療機関数
	平成 21 年 1 月～ 12 月
0	61
1	31
2	21
3	21
4	24
5	26
6	9
7	14
8	7
9	4
10	5
11 ～ 20	28
21 ～ 30	13
31 ～ 40	3
41 ～ 50	2
51 ～ 100	3
101 ～ 150	1
151 ～ 200	0
200 ～	0
合　計	273

② 参加登録申請医療機関の報告状況

平成２１年１２月３１日現在の参加登録申請医療機関の平成２１年１月１日から同年１２月３１日までの報告医療機関数及び報告件数を図表Ⅱ-１-９に、事業開始からの報告件数を開設者別に集計したものを図表Ⅱ-１-１０に示す。

図表Ⅱ-１-９　参加登録申請医療機関の報告医療機関数及び報告件数

開設者	登録数（平成 21 年 12 月 31 日現在）	報告医療機関数	報告件数
		平成 21 年 1 月～ 12 月	平成 21 年 1 月～ 12 月
国	3	0	0
自治体	51	15	43
公的医療機関	124	15	21
法　人	235	39	103
個　人	14	1	2
合　計	427	70	169

図表Ⅱ-１-１０　参加登録申請医療機関の報告件数

開設者	報告件数
	平成 16 年 10 月～平成 21 年 12 月
国	1
自治体	145
公的医療機関	173
法　人	472
個　人	2
合　計	793

【3】報告義務対象医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

平成２１年１月１日から同年１２月３１日までに報告義務医療機関から報告された事例について報告日に基づいて四半期毎に集計した結果は次の通りである。

図表Ⅱ-1-11　発生月

発生年	発生月	件数
平成 20 年	11 月以前	180
	12 月	72
平成 21 年	1 月	128
	2 月	111
	2 月以前	67
	3 月	117
	4 月	114
	5 月	118
	5 月以前	94
	6 月	165
	7 月	167
	8 月	90
	8 月以前	81
	9 月	138
	10 月	113
	11 月	102
	12 月	38
合計	合計	1,895

図表Ⅱ-1-12　発生曜日・曜日区分

発生曜日	平　日					休日（祝日）					総計
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
月曜日	82	63	76	50	271	4	1	4	6	15	286
火曜日	84	59	90	59	292	4	3	1	4	12	304
水曜日	91	65	81	62	299	5	3	1	4	13	312
木曜日	97	70	88	92	347	1	0	0	1	2	349
金曜日	77	64	76	78	295	2	0	0	1	3	298
土曜日	14	7	11	7	39	38	41	36	33	148	187
日曜日	0	1	0	0	1	39	31	43	45	158	159
合　計	445	329	422	348	1,544	93	79	85	94	351	1,895

図表Ⅱ-1-13　発生時間帯

発生時間帯	件　数				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計
0時～1時台	18	18	23	16	75
2時～3時台	18	17	28	23	86
4時～5時台	25	13	20	11	69
6時～7時台	30	26	29	34	119
8時～9時台	45	44	52	44	185
10時～11時台	82	57	89	56	284
12時～13時台	58	38	44	36	176
14時～15時台	71	62	82	82	297
16時～17時台	74	48	58	40	220
18時～19時台	38	27	25	34	124
20時～21時台	36	19	22	23	100
22時～23時台	25	21	18	20	84
時間帯不明	18	18	17	23	76
合　計	538	408	507	442	1,895

図表Ⅱ-1-14　患者の年齢

患者の数	患者の年齢	件　数					入院患者				
		1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	総計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	総計
1人	0～9歳	33	21	28	18	100	30	20	27	15	92
	10代	17	8	10	16	51	15	5	10	14	44
	20代	20	10	11	12	53	18	9	9	11	47
	30代	25	22	26	21	94	23	22	24	20	89
	40代	38	31	36	31	136	33	30	30	30	123
	50代	52	40	42	69	203	47	36	42	64	189
	60代	103	85	82	82	352	94	80	75	76	325
	70代	133	104	155	112	504	123	97	146	104	470
	80代	99	70	99	62	330	96	68	92	57	313
	90以上	14	15	13	16	58	13	14	11	16	54
	合　計	534	406	502	439	1,881	492	381	466	407	1,746
複数(注)	合　計	4	2	5	3	14	2	1	4	3	10
総　計		538	408	507	442	1,895	494	382	470	410	1,756

(注)平成18年7月より「患者の数」のチェックボックス選択肢に「複数」の項目が追加された。

図表Ⅱ-1-15　患者の性別

患者の数	性　別	件　数				
		1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計
1人	男　性	277	204	245	232	958
	女　性	257	202	257	207	923
	合　計	534	406	502	439	1,881
複　数	合　計	4	2	5	3	14
総　計		538	408	507	442	1,895

図表Ⅱ-1-16　入院・外来の区分・入院期間

入院・外来の区分		件　数				
		1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計
入　院	入院期間0～31日	348	253	315	239	1,155
	入院期間32日超	146	129	155	171	601
	合　計	494	382	470	410	1,756
外　来	初　診	2	2	2	3	9
	再　診	42	24	35	29	130
	合　計	44	26	37	32	139
総　計		538	408	507	442	1,895

図表Ⅱ-1-17　発見者

発見者	件　数				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計
医療従事者	473	351	455	383	1,662
患者本人	17	15	13	13	58
家族・付添い	17	7	12	13	49
他患者	17	17	13	10	57
その他	14	18	14	23	69
合　計	538	408	507	442	1,895

図表Ⅱ-1-18　当事者の職種

当事者(注)の職種	件　数				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計
医師	325	227	246	257	1,055
歯科医師	21	2	7	10	40
看護師	334	284	351	320	1,289
准看護師	9	7	10	5	31
薬剤師	9	6	7	3	25
臨床工学技士	7	2	0	0	9
助産師	1	0	10	4	15
看護助手	2	1	5	3	11
診療放射線技師	6	4	4	2	16
臨床検査技師	5	0	7	3	15
理学療法士（PT）	6	2	6	6	20
作業療法士（OT）	1	1	1	1	4
衛生検査技師	0	0	0	0	0
歯科衛生士	1	1	0	0	2
その他	13	13	22	24	72
合　計	740	550	676	638	2,604

（注）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-19　当事者（医師・歯科医師・看護師・薬剤師）の職種別経験年数

職種経験年数 × 当事者(注)の職種	医　師					歯科医師				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
0年	6	5	6	11	28	2	0	0	1	3
1年	6	8	5	4	23	3	0	0	1	4
2年	14	8	8	15	45	1	0	0	1	2
3年	20	9	17	11	57	0	0	0	1	1
4年	20	9	9	13	51	0	0	0	0	0
5年	14	16	11	14	55	1	0	0	0	1
6年	14	8	12	10	44	1	0	1	0	2
7年	15	12	16	14	57	0	0	0	0	0
8年	22	9	8	15	54	0	0	0	0	0
9年	10	8	9	10	37	1	0	0	1	2
10年	18	12	8	8	46	1	0	1	1	3
11～20年	119	76	92	90	377	5	1	3	3	12
21～30年	34	44	39	36	153	6	1	2	1	10
30年超	13	3	6	6	28	0	0	0	0	0
合　計	325	227	246	257	1,055	21	2	7	10	40

（注）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

看護師					薬剤師				
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
38	10	28	29	105	1	0	0	1	2
19	20	34	39	112	1	0	0	0	1
24	30	33	25	112	0	1	1	0	2
27	35	31	20	113	1	1	0	0	2
30	25	23	13	91	0	0	1	0	1
23	22	25	14	84	1	0	0	0	1
13	8	11	11	43	0	0	0	1	1
7	6	8	4	25	1	0	0	0	1
8	5	11	7	31	0	1	0	0	1
4	7	10	13	34	0	0	0	0	0
13	11	8	8	40	0	0	0	0	0
60	56	61	60	237	1	1	4	0	6
48	43	46	58	195	3	2	1	0	6
20	6	22	19	67	0	0	0	1	1
334	284	351	320	1,289	9	6	7	3	25

図表Ⅱ-1-20　当事者（医師・歯科医師・看護師・薬剤師）の部署配属年数

職種経験年数 × 当事者(注)の職種	医　師					歯科医師				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
0年	75	46	61	72	254	3	0	0	2	5
1年	37	20	27	27	111	2	0	0	1	3
2年	32	20	20	23	95	3	0	0	0	3
3年	26	23	24	28	101	1	0	0	2	3
4年	22	14	12	13	61	1	0	0	0	1
5年	16	10	15	15	56	3	0	1	0	4
6年	14	10	8	10	42	0	0	2	0	2
7年	14	13	12	8	47	0	0	0	0	0
8年	14	8	10	10	42	2	0	1	0	3
9年	8	6	6	6	26	0	1	1	1	3
10年	9	11	3	2	25	0	0	0	0	0
11～20年	40	29	38	34	141	4	0	2	3	9
21～30年	15	16	10	8	49	2	1	0	1	4
30年超	3	1	0	1	5	0	0	0	0	0
合　計	325	227	246	257	1,055	21	2	7	10	40

（注）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

看護師					薬剤師				
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
93	59	77	76	305	3	2	0	1	6
51	47	90	81	269	1	0	4	1	6
63	49	52	41	205	2	0	0	0	2
43	51	42	30	166	1	1	1	0	3
32	33	31	33	129	0	1	0	0	1
20	15	28	19	82	0	0	1	0	1
10	6	11	17	44	1	0	0	1	2
5	7	4	7	23	0	0	1	0	1
5	0	3	5	13	0	0	0	0	0
0	1	1	3	5	0	0	0	0	0
1	3	3	1	8	0	0	0	0	0
10	11	8	3	32	1	0	0	0	1
0	2	1	4	7	0	2	0	0	2
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
334	284	351	320	1,289	9	6	7	3	25

図表Ⅱ-1-21　当事者（医師）（注1）の勤務時間（直前1週間）（注2）

勤務時間	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～12月
0～8時間未満	1	0	0	0	1
8～16時間未満	2	1	2	1	6
16～24時間未満	1	0	1	2	4
24～32時間未満	3	4	3	7	17
32～40時間未満	49	21	23	10	103
40～48時間未満	62	58	49	59	228
48～56時間未満	17	21	27	24	89
56～64時間未満	23	13	16	22	74
64～72時間未満	37	10	8	24	79
72～80時間未満	5	2	3	11	21
80～88時間未満	10	6	9	11	36
88～96時間未満	3	4	3	3	13
96時間以上	10	4	8	3	25
不明	102	83	94	80	359
合計	325	227	246	257	1,055
平均勤務時間（不明を除く）	52.4	50.2	51.8	53.6	52.1

（注1）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

（注2）勤務時間には院内のみではなく、院外での勤務時間が含まれている可能性がある。

図表Ⅱ-1-22　当事者（看護師）（注1）の勤務時間（直前1週間）（注2）

勤務時間	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～12月
0～8時間未満	0	0	1	1	2
8～16時間未満	1	1	3	3	8
16～24時間未満	5	5	9	7	26
24～32時間未満	27	28	30	27	112
32～40時間未満	70	63	97	75	305
40～48時間未満	154	124	147	119	544
48～56時間未満	17	23	21	23	84
56～64時間未満	1	2	1	2	6
64～72時間未満	0	0	0	1	1
72～80時間未満	1	0	0	0	1
80～88時間未満	0	0	0	1	1
88～96時間未満	0	0	0	0	0
96時間以上	1	0	0	0	1
不明	57	38	42	61	198
合計	334	284	351	320	1,289
平均勤務時間（不明を除く）	37.8	37.8	37.0	37.5	37.5

（注1）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

（注2）勤務時間には院内のみではなく、院外での勤務時間が含まれている可能性がある。

図表Ⅱ-1-23　当事者（医師）の夜勤回数（直前1週間）

勤務時間	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～12月
0回	108	84	94	91	377
1回	89	62	71	71	293
2回	20	11	18	28	77
3回	3	4	3	8	18
4回	2	0	0	0	2
5回	1	0	2	0	3
6回	0	0	0	1	1
7回	0	0	0	1	1
不明	102	66	58	57	283
合計	325	227	246	257	1,055
平均夜勤回数（不明を除く）	0.68	0.60	0.67	0.82	0.70

図表Ⅱ-1-24　当事者（看護師）の夜勤回数（直前1週間）

勤務時間	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～12月
0回	65	50	60	42	217
1回	104	73	112	88	377
2回	107	114	122	114	457
3回	18	21	18	15	72
4回	3	4	5	6	18
5回	0	0	0	0	0
6回	2	1	0	0	3
7回	1	0	0	1	2
不明	34	21	34	54	143
合計	334	284	351	320	1,289
平均夜勤回数（不明を除く）	1.34	1.47	1.36	1.47	1.41

図表Ⅱ-1-25　事故の概要

事故の概要	1月～3月		4月～6月		7月～9月		10月～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
指示出し	4	0.7	3	0.7	0	0.0	8	1.8	15	0.8
薬剤	28	5.2	16	3.9	33	6.5	30	6.8	107	5.6
輸血	2	0.4	2	0.5	0	0.0	2	0.5	6	0.3
治療処置	175	32.5	121	29.7	119	23.5	113	25.6	528	27.9
医療用具等	37	6.9	34	8.3	55	10.8	39	8.8	165	8.7
医療機器	16	3.0	7	1.7	12	2.4	9	2.0	44	2.3
ドレーン、チューブ類	19	3.5	26	6.4	40	7.8	30	6.8	115	6.1
歯科医療用具	2	0.4	1	0.2	3	0.6	0	0.0	6	0.3
検査	26	4.8	19	4.7	9	1.8	11	2.5	65	3.4
療養上の世話	206	38.3	150	36.8	224	44.2	190	43.0	770	40.6
その他	60	11.2	63	15.4	67	13.2	49	11.1	239	12.6
合　計	538	100.0	408	100.0	507	100.0	442	100.0	1,895	100.0

図表Ⅱ-1-26　事故の程度

事故の概要（注1）	1月～3月		4月～6月		7月～9月		10月～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
死亡	45	8.4	31	7.6	39	7.7	41	9.3	156	8.2
障害残存の可能性がある(高い)	54	10.0	33	8.1	50	9.9	48	10.9	185	9.8
障害残存の可能性がある(低い)	165	30.7	129	31.6	144	28.4	124	28.1	562	29.7
障害残存の可能性なし(注1)	149	27.7	139	34.1	178	35.1	142	32.1	608	32.1
障害なし	101	18.8	63	15.4	73	14.4	68	15.4	305	16.1
不明(注2)	24	4.5	13	3.2	23	4.5	19	4.3	79	4.2
合　計	538	100.0	408	100.0	507	100.0	442	100.0	1,895	100.0

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

図表Ⅱ-1-27　事故の治療の程度(注1)

事故の治療の程度	1月～3月		4月～6月		7月～9月		10月～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
濃厚な治療(注2)	271	50.4	164	40.2	223	44.0	196	44.3	854	45.1
軽微な治療	199	37.0	189	46.3	239	47.1	202	45.7	829	43.7
なし	68	12.6	55	13.5	45	8.9	44	10.0	212	11.2
合　計	538	100.0	408	100.0	507	100.0	442	100.0	1,895	100.0

（注１）医政発第０９２１００１号（平成１６年９月２１日付）参考１　参照。

図表Ⅱ-1-28　発生場所

発生場所	1月～3月		4月～6月		7月～9月		10月～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
外来診察室	16	3.0	6	1.5	6	1.2	8	1.8	36	1.9
外来処置室	5	0.9	6	1.5	6	1.2	4	0.9	21	1.1
外来待合室	2	0.4	0	0.0	1	0.2	2	0.5	5	0.3
救急外来	3	0.6	2	0.5	3	0.6	3	0.7	11	0.6
救命救急センター	1	0.2	3	0.7	6	1.2	2	0.5	12	0.6
病室	240	44.6	177	43.4	235	46.4	186	42.1	838	44.2
病棟処置室	6	1.1	5	1.2	6	1.2	4	0.9	21	1.1
手術室	88	16.4	58	14.2	60	11.8	65	14.7	271	14.3
ICU	6	1.1	9	2.2	15	3.0	18	4.1	48	2.5
CCU	6	1.1	1	0.2	3	0.6	1	0.2	11	0.6
NICU	4	0.7	4	1.0	4	0.8	3	0.7	15	0.8
検査室	15	2.8	9	2.2	2	0.4	9	2.0	35	1.8
カテーテル検査室	13	2.4	10	2.5	10	2.0	7	1.6	40	2.1
放射線治療室	2	0.4	2	0.5	3	0.6	0	0.0	7	0.4
放射線撮影室	11	2.0	8	2.0	9	1.8	3	0.7	31	1.6
核医学検査室	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
透析室	3	0.6	0	0.0	3	0.6	1	0.2	7	0.4
分娩室	0	0.0	1	0.2	2	0.4	1	0.2	4	0.2
機能訓練室	3	0.6	2	0.5	3	0.6	4	0.9	12	0.6
トイレ	23	4.3	11	2.7	17	3.4	11	2.5	62	3.3
廊下	14	2.6	13	3.2	25	4.9	23	5.2	75	4.0
浴室	8	1.5	6	1.5	3	0.6	4	0.9	21	1.1
階段	0	0.0	1	0.2	1	0.2	3	0.7	5	0.3
不明	1	0.2	7	1.7	12	2.4	9	2.0	29	1.5
その他	68	12.6	67	16.4	72	14.2	71	16.1	278	14.7
合　計	538	100.0	408	100.0	507	100.0	442	100.0	1,895	100.0

図表Ⅱ-1-29　関連診療科

関連診療科 (注)	1～3月		4～6月		7～9月		10～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
内科	35	5.3	39	8.3	38	6.3	33	6.1	145	6.4
麻酔科	18	2.7	8	1.7	12	2.0	11	2.0	49	2.2
循環器内科	51	7.8	22	4.7	27	4.5	24	4.4	124	5.5
神経科	13	2.0	10	2.1	17	2.8	14	2.6	54	2.4
呼吸器内科	31	4.7	21	4.5	24	4.0	27	5.0	103	4.5
消化器科	49	7.4	36	7.7	36	6.0	40	7.4	161	7.1
血液内科	5	0.8	6	1.3	8	1.3	1	0.2	20	0.9
循環器外科	6	0.9	5	1.1	4	0.7	3	0.6	18	0.8
アレルギー科	0	0.0	1	0.2	2	0.3	2	0.4	5	0.2
リウマチ科	3	0.5	2	0.4	1	0.2	2	0.4	8	0.4
小児科	34	5.2	25	5.3	33	5.5	38	7.0	130	5.7
外科	34	5.2	39	8.3	47	7.8	43	7.9	163	7.2
整形外科	85	12.9	57	12.2	85	14.1	71	13.1	298	13.1
形成外科	8	1.2	3	0.6	5	0.8	4	0.7	20	0.9
美容外科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
脳神経外科	28	4.3	26	5.5	18	3.0	24	4.4	96	4.2
呼吸器外科	11	1.7	9	1.9	10	1.7	10	1.8	40	1.8
心臓血管外科	26	4.0	16	3.4	23	3.8	19	3.5	84	3.7
小児外科	8	1.2	1	0.2	7	1.2	4	0.7	20	0.9
ペインクリニック	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
皮膚科	9	1.4	2	0.4	7	1.2	5	0.9	23	1.0
泌尿器科	18	2.7	12	2.6	13	2.2	17	3.1	60	2.6
性病科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
肛門科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
産婦人科	15	2.3	5	1.1	10	1.7	10	1.8	40	1.8
産科	3	0.5	1	0.2	2	0.3	5	0.9	11	0.5
婦人科	8	1.2	11	2.3	12	2.0	5	0.9	36	1.6
眼科	8	1.2	5	1.1	9	1.5	5	0.9	27	1.2
耳鼻咽喉科	12	1.8	11	2.3	20	3.3	7	1.3	50	2.2
心療内科	0	0.0	1	0.2	0	0.0	2	0.4	3	0.1
精神科	38	5.8	30	6.4	47	7.8	34	6.3	149	6.6
リハビリテーション科	5	0.8	1	0.2	6	1.0	9	1.7	21	0.9
放射線科	18	2.7	9	1.9	9	1.5	6	1.1	42	1.9
歯科	3	0.5	1	0.2	4	0.7	7	1.3	15	0.7
矯正歯科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
小児歯科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
歯科口腔外科	12	1.8	2	0.4	3	0.5	2	0.4	19	0.8
不　明	1	0.2	1	0.2	0	0.0	4	0.7	6	0.3
その他	63	9.6	51	10.9	62	10.3	54	10.0	230	10.1
合　計	658	100.0	469	100.0	601	100.0	542	100.0	2,270	100.0

(注)「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-30　発生要因

発生要因（注）	1月～3月		4月～6月		7月～9月		10月～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
確認を怠った	173	17.6	105	14.4	121	13.4	132	14.9	531	15.2
観察を怠った	142	14.4	108	14.9	133	14.8	137	15.5	520	14.9
判断を誤った	148	15.0	109	15.0	111	12.3	132	14.9	500	14.3
知識が不足していた	32	3.3	26	3.6	42	4.7	56	6.3	156	4.5
技術・手技が未熟だった	42	4.3	34	4.7	44	4.9	45	5.1	165	4.7
報告が遅れた	10	1.0	5	0.7	12	1.3	11	1.2	38	1.1
通常とは異なる身体的条件下にあった	20	2.0	21	2.9	27	3.0	24	2.7	92	2.6
通常とは異なる心理的条件下にあった	7	0.7	8	1.1	6	0.7	4	0.5	25	0.7
システムに問題があった	23	2.3	15	2.1	16	1.8	18	2.0	72	2.1
連携が出来ていなかった	49	5.0	46	6.3	44	4.9	53	6.0	192	5.5
記録などの不備	4	0.4	6	0.8	5	0.6	7	0.8	22	0.6
患者の外見・姓名が似ていた	0	0.0	0	0.0	2	0.2	0	0.0	2	0.1
勤務状況が繁忙だった	20	2.0	12	1.7	13	1.4	13	1.5	58	1.7
環境に問題があった	24	2.4	26	3.6	39	4.3	25	2.8	114	3.3
医薬品の問題	9	0.9	9	1.2	7	0.8	13	1.5	38	1.1
医療機器の問題	11	11	9	1.2	11	1.2	4	0.5	35	1.0
諸物品の問題	12	1.2	10	1.4	12	1.3	7	0.8	41	1.2
施設・設備の問題	14	1.4	9	1.2	6	0.7	14	1.6	43	1.2
教育・訓練に問題があった	35	3.6	20	2.8	41	4.6	34	3.8	130	3.7
説明不足	63	6.4	43	5.9	47	5.2	52	5.9	205	5.9
その他	146	14.8	106	14.6	162	18.0	104	11.8	518	14.8
合　計	984	100.0	727	100.0	901	100.0	885	100.0	3,497	100.0

（注）「発生要因」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-31　特に報告を求める事例

特に報告を求める事例	1月～3月		4月～6月		7月～9月		10月～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故	1	0.2	1	0.2	2	0.4	1	0.2	5	0.3
院内感染による死亡や障害	0	0.0	0	0.0	2	0.4	0	0.0	2	0.1
入院中に自殺又は自殺企図	11	2.0	11	2.7	12	2.4	10	2.3	44	2.3
入院患者の逃走	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2	4	0.2
入院中の熱傷	4	0.7	3	0.7	2	0.4	7	1.6	16	0.8
入院中の感電	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
医療施設内の火災による患者の死亡や障害	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
間違った保護者の許への新生児の引渡し	2	0.4	0	0.0	1	0.2	4	0.9	7	0.4
本事例は選択肢には該当しない	519	96.5	392	96.1	487	96.1	419	94.8	1,817	95.9
合　計	538	100.0	408	100.0	507	100.0	442	100.0	1,895	100.0

図表Ⅱ-1-32　事故調査委員会設置の有無

事故調査委員会設置の有無（注1）	1月～3月		4月～6月		7月～9月		10月～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
内部調査委員会設置	76	13.7	61	14.4	54	10.3	70	14.8	261	13.2
外部調査委員会設置	5	0.9	1	0.2	5	1.0	7	1.5	18	0.9
内部調査委員会設置予定	0	0.0	4	0.9	1	0.2	3	0.6	8	0.4
外部調査委員会設置予定	7	1.3	1	0.2	4	0.8	4	0.8	16	0.8
既設の医療安全に関する委員会等で対応	366	66.2	283	66.9	363	69.3	298	63.1	1,310	66.4
現在検討中で対応は未定	8	1.4	8	1.9	10	1.9	5	1.1	31	1.6
その他	80	14.5	62	14.7	84	16.0	80	16.9	306	15.5
未選択（注2）	11	2.0	3	0.7	3	0.6	5	1.1	22	1.1
合　計	553	100.0	423	100.0	524	100.0	472	100.0	1,972	100.0

（注1）「事故調査委員会設置の有無」は複数回答が可能である。

（注2）「未選択」とは「事故調査委員会設置の有無」のチェックボックスを選択していないものを指す。

図表Ⅱ-1-33　事故の概要×事故の程度

事故の概要×事故の程度（注1）	死　亡					障害の可能性（高い）					障害の可能性（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
指示出し	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	1	0	1	3
薬　剤	3	1	1	1	6	1	0	3	2	6	3	4	4	9	20
輸　血	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置	20	13	14	17	64	23	9	19	15	66	64	35	31	27	157
医療用具等	1	0	1	3	5	3	1	3	8	15	7	7	17	6	37
医療機器	1	0	0	2	3	2	0	0	1	3	2	1	6	1	10
ドレーン、チューブ類	0	0	1	1	2	1	1	3	7	12	5	6	10	5	26
歯科医療用具（機器）等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
検　査	1	0	0	2	3	2	2	2	2	8	4	2	4	3	13
療養上の世話	12	8	8	8	36	18	12	15	14	59	77	61	73	64	275
その他	8	9	15	10	42	7	8	8	6	29	9	19	15	14	57
合　計	45	31	39	41	156	54	33	50	48	185	165	129	144	124	562

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

障害の可能性なし					障害なし					不　明（注2）					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
2	0	0	4	6	1	1	0	0	2	0	0	0	2	2	15
8	4	12	8	32	12	7	13	10	42	1	0	0	0	1	107
1	0	0	2	3	0	2	0	0	2	1	0	0	0	1	6
39	45	37	33	154	24	14	15	16	69	5	5	3	5	18	528
10	16	25	9	60	16	9	6	10	41	0	1	3	3	7	165
4	4	4	3	15	7	1	1	2	11	0	1	1	0	2	44
5	12	19	6	42	8	7	5	8	28	0	0	2	3	5	115
1	0	2	0	3	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	6
8	6	2	3	19	10	8	0	1	19	1	1	1	0	3	65
70	54	95	75	294	24	13	26	24	87	5	2	7	5	19	770
11	14	7	8	40	14	9	13	7	43	11	4	9	4	28	239
149	139	178	142	608	101	63	73	68	305	24	13	23	19	79	1,895

図表Ⅱ-1-34　事故の概要×事故の治療の程度

事故の概要×事故の程度 (注1)	濃厚な治療					軽微な治療					なし					総　計
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
指示出し	1	2	0	4	7	2	0	0	2	4	1	1	0	2	4	15
薬　剤	5	5	8	11	29	10	7	18	13	48	13	4	7	6	30	107
輸　血	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	1	1	0	1	3	6
治療・処置	119	62	75	74	330	45	48	37	31	161	11	11	7	8	37	528
医療用具等	9	12	21	19	61	21	15	30	14	80	7	7	4	6	24	165
医療機器	4	3	5	1	13	5	3	6	5	19	7	1	1	3	12	44
ドレーン、チューブ類	5	9	16	18	48	14	12	22	9	57	0	5	2	3	10	115
歯科医療用具（機器）等	0	0	0	0	0	2	0	2	0	4	0	1	1	0	2	6
検　査	12	8	4	7	31	8	5	3	2	18	6	6	2	2	16	65
療養上の世話	93	44	72	58	267	99	91	136	121	447	14	15	16	11	56	770
その他	32	31	43	23	129	13	22	15	18	68	15	10	9	8	42	239
合　計	271	164	223	196	854	199	189	239	202	829	68	55	45	44	212	1,895

図表Ⅱ-1-35　事故の程度×事故の治療の程度

事故の概要 (注1) ×事故の程度	濃厚な治療					軽微な治療					なし					総計
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
死亡	38	17	31	32	118	1	4	1	1	7	6	10	7	8	31	156
障害の可能性（高い）	43	28	46	40	157	11	4	4	8	27	0	1	0	0	1	185
障害の可能性（低い）	107	54	67	48	276	53	68	69	65	255	5	7	8	11	31	562
障害の可能性なし	46	42	40	41	169	89	82	126	86	383	14	15	12	15	56	608
障害なし	21	15	21	24	81	40	27	35	37	139	40	21	17	7	85	305
不明 (注2)	16	8	18	11	53	5	4	4	5	18	3	1	1	3	8	79
合　計	271	164	223	196	854	199	189	239	202	829	68	55	45	44	212	1,895

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

図表Ⅱ-1-36　発生場面×事故の程度

事故の概要×事故の程度 (注1)	死亡					障害の可能性（高い）					障害の可能性（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
薬剤に関する項目															
与薬準備	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	3
その他の与薬準備に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮下・筋肉注射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
静脈注射	1	0	1	0	2	0	0	1	1	2	0	0	1	3	4
動脈注射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
末梢静脈点滴	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	2	1	1	2	6
中心静脈注射	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
内服	3	0	0	0	3	0	0	0	1	1	0	1	0	4	5
点鼻・点眼・点耳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の処方・与薬に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
内服薬調剤・管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
注射薬調剤・管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤・製剤管理等に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸血に関する項目															
血液検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸血実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置に関する項目															
開頭	1	0	0	1	2	1	0	0	2	3	1	1	0	1	3
開胸	0	0	3	2	5	1	0	3	1	5	3	0	0	2	5
開心	1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
開腹	1	1	1	1	4	1	0	0	0	1	5	3	4	4	16
四肢	0	0	1	0	1	2	2	0	1	5	1	1	1	2	5
鏡視下手術	1	1	1	1	4	2	1	1	0	4	4	3	2	1	10
その他の手術	0	0	0	1	1	1	2	4	3	10	3	3	4	3	13
術前準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
術前処置	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
術後処置	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0	0	1	3
その他の手術に関する場面	2	0	1	1	4	4	0	5	0	9	5	3	3	1	12
全身麻酔（吸入麻酔＋静脈麻酔）	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1
局所麻酔	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
吸入麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1
静脈麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脊椎・硬膜外麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3
その他の麻酔に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
帝王切開	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
その他の分娩・人工妊娠中絶等に関する場面	2	0	1	0	3	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
血液浄化療法（血液透析含む）	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	3	0	1	0	4
ＩＶＲ（血管カテーテル治療等）	2	4	0	2	8	0	2	1	2	5	5	3	3	2	13
放射線治療	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	2
リハビリテーション	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	4
観血的歯科治療	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3
内視鏡的治療	0	0	2	1	3	1	0	1	1	3	1	3	3	1	8
その他の治療に関する場面	3	1	2	2	8	2	0	3	1	6	6	0	3	3	12
中心静脈ライン	1	2	2	0	5	1	1	0	1	3	3	3	2	1	9

障害の可能性なし					障害なし					不　明(注2)					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
															119
0	0	1	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	1	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	3
0	2	1	2	5	2	1	6	5	14	0	0	0	0	0	27
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	1	5	9	1	2	2	3	8	2	0	0	2	4	30
2	1	1	1	5	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	7
2	1	4	0	7	2	3	3	0	8	1	0	0	0	1	25
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	1	3	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	6
1	0	2	1	4	2	1	0	0	3	0	0	0	0	0	8
0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0	3
															5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	3
															507
2	1	1	0	4	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	14
0	4	2	3	9	1	1	2	0	4	0	0	0	0	0	28
1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	6
4	5	3	0	12	0	2	3	2	7	1	2	0	0	3	43
5	1	1	1	8	0	1	0	0	1	0	2	0	0	2	22
0	3	2	3	8	3	1	0	0	4	0	0	0	0	0	30
4	1	3	6	14	2	1	1	3	7	0	0	0	0	0	45
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
1	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
6	2	1	3	12	3	3	2	1	9	0	0	0	0	0	46
2	0	0	1	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6
0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	2	1	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	9
1	1	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	9
2	3	2	3	10	1	1	2	1	5	1	0	0	1	2	43
0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	5
2	1	0	1	4	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
3	3	0	3	9	0	1	1	4	6	0	0	0	0	0	29
1	0	3	1	5	2	0	1	0	3	2	0	2	1	5	39
0	4	4	1	9	0	1	0	1	2	0	0	0	1	1	29

事故の概要×事故の程度 (注1)	死亡					障害の可能性（高い）					障害の可能性（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
末梢静脈ライン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
血液浄化用カテーテル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
栄養チューブ（NG・ED）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
尿道カテーテル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4
ドレーンに関する処置	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	1	1	1	3
創傷処置	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
その他のチューブ類の挿入	1	1	0	0	2	1	0	0	0	1	2	2	1	1	6
気管挿管	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0
気管切開	1	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心臓マッサージ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
酸素療法	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の救急処置に関する場面	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3
医療用具（機器）の使用・管理に関する項目															
人工呼吸器	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
酸素療法機器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
人工心肺	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
除細動器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
ペースメーカー	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸液・輸注ポンプ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
血液浄化用機器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心電図・血圧モニター	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
パルスオキシメーター	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の医療用具(機器)の使用・管理に関する場面	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	3	1	3	0	7
その他の歯科医療用具(機器)・材料の使用・管理に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目															
中心静脈ライン	0	0	0	2	2	0	0	1	0	1	0	2	0	1	3
末梢動脈ライン	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	5	2	8
気管チューブ	0	0	0	0	0	1	0	2	1	4	1	1	0	2	4
気管カニューレ	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0
栄養チューブ（NG・ED）	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	6
尿道カテーテル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	4
胸腔ドレーン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
腹腔ドレーン	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
脳室・脳槽ドレーン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮下持続吸引ドレーン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
硬膜外カテーテル	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
血液浄化用カテーテル・回路	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する場面	0	0	1	1	2	0	0	0	1	1	0	0	2	1	3
検査に関する項目															
採血	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の検体採取	1	0	0	0	1	1	0	1	1	3	0	0	0	0	0
その他の生理検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
一般撮影	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1
MRI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
血管カテーテル撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
下部消化管撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の画像検査	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0	2	2	5

障害の可能性なし					障害なし					不　明 (注2)					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
0	6	2	0	8	2	1	0	0	3	0	1	0	0	1	13
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	2	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	1	3	4	2	0	2	0	4	0	0	0	0	0	17
0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	9
															50
2	2	2	1	7	1	1	0	0	2	0	1	0	1	2	13
0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	2	1	2	8	4	0	0	2	6	0	0	1	1	2	25
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
															128
0	1	4	3	8	0	1	2	4	7	0	0	0	1	1	22
0	5	9	1	15	1	0	1	0	2	0	0	2	0	2	29
0	2	0	0	2	3	2	0	2	7	0	0	0	0	0	17
3	2	3	0	8	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	15
1	0	2	1	4	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	12
0	0	2	0	2	2	0	0	1	3	0	0	0	0	0	9
0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	4	1	1	7	2	2	0	0	4	0	0	0	0	0	17
															70
1	3	0	0	4	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5
0	1	0	0	1	2	2	0	0	4	0	1	0	0	1	10
1	0	0	0	1	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3
0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	2	0	1	3	2	2	0	0	4	1	0	0	0	1	15

事故の概要×事故の程度 (注1)	死亡					障害の可能性（高い）					障害の可能性（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
上部消化管	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	2	1	0	0	3
下部消化管	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	1	2	0	5
気管支鏡	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の内視鏡検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
その他の検査に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
療養上の場面に関する項目															
気管内・口腔内吸引	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
体位変換	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	2	5
清拭	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	4
更衣介助	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	4
食事介助	2	2	0	0	4	1	0	1	1	3	0	0	0	1	1
入浴介助	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1
排泄介助	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	5	5	8	1	19
移動介助	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	3	2	1	3	9
搬送・移送	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3	0	0	1	4
患者周辺物品管理	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
配膳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
患者観察	1	0	1	0	2	2	0	1	1	4	11	11	6	8	36
その他の療養上の世話に関する場面	0	0	1	0	1	2	1	3	0	6	8	13	3	10	34
経口摂取	1	0	1	0	2	1	0	0	2	3	0	0	1	0	1
その他の給食・栄養に関する場面	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1
散歩中	0	0	1	0	1	0	1	1	2	4	0	1	1	0	2
移動中	1	2	2	0	5	1	3	2	3	9	18	14	29	20	81
外出・外泊中	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
食事中	2	1	0	2	5	2	2	1	0	5	1	0	0	0	1
入浴中	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	5
排泄中	0	0	0	1	1	3	1	0	0	4	8	3	6	7	24
就寝中	0	1	1	3	5	0	0	2	0	2	1	1	5	1	8
その他の療養生活に関する場面	3	2	1	3	9	4	2	4	2	12	9	10	5	4	28
その他	6	6	13	7	32	3	7	4	3	17	10	10	14	13	47
未選択 (注3)	2	3	0	1	6	5	3	1	1	10	6	8	1	0	15
合　計	45	31	39	41	156	54	33	50	48	185	165	129	144	124	562

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

（注３）「未選択」とは「発生場面」および「事故の程度」のチェックボックスを選択していないものを指す

障害の可能性なし					障害なし					不　明(注2)					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
0	2	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	8
0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	8
0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
2	0	0	1	3	3	0	0	0	3	0	0	1	0	1	7
															764
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	2	5	2	9	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	18
2	1	0	0	3	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	9
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	11
4	3	1	1	9	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	12
5	1	4	4	14	1	1	3	3	8	2	0	0	0	2	45
5	3	4	3	15	2	0	2	1	5	0	0	1	0	1	32
1	1	1	2	5	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	12
0	1	0	1	2	1	0	0	2	3	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
8	4	4	6	22	0	2	0	2	4	0	0	2	1	3	71
11	6	20	17	54	6	2	4	1	13	1	1	0	2	4	112
0	0	0	1	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	9
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
0	2	1	1	4	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	12
9	10	34	22	75	6	4	4	4	18	2	1	0	1	4	192
0	2	0	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	6
1	1	2	0	4	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	17
1	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
5	3	5	2	15	3	1	1	3	8	0	0	0	0	0	52
7	3	4	1	15	0	1	2	2	5	0	0	0	0	0	35
4	12	7	9	32	1	1	4	3	9	0	1	1	0	2	92
13	8	8	7	36	10	3	5	5	23	1	3	1	3	8	163
8	5	5	4	22	5	6	8	1	20	6	0	8	2	16	89
149	139	178	142	608	101	63	73	68	305	24	13	23	19	79	1,895

図表Ⅱ-1-37　事故の内容×事故の程度

事故の概要×事故の程度 (注1)	死亡					障害の可能性（高い）					障害の可能性（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
薬剤に関する項目															
処方量間違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
過剰与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	1	3	1	5
投与速度速すぎ	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤間違い	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	4	5
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0
その他の処方・与薬に関する内容	2	0	0	0	2	0	1	1	0	2	1	1	0	0	2
数量間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤・製剤管理等に関する内容	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	2
その他の薬剤・血液製剤管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
輸血に関する項目															
クロスマッチ間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結果記入・入力間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血検査に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の血液製剤への放射線照射及び輸血に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置に関する項目															
患者間違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
部位取違え	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	2	3
診療・治療・処置等その他の取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
方法（手技）の誤り	2	2	1	1	6	4	1	1	1	7	5	8	7	5	25
未実施・忘れ（治療・処置）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不必要行為の実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
患者体位の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	4
診察・治療等のその他の誤り	2	0	1	1	4	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3
誤嚥	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	1	0	1
異物の体内残存	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	6	4	2	1	13
その他の治療・処置に関する内容	15	11	14	12	52	15	7	19	13	54	43	19	20	20	102
医療用具（機器）の使用・管理に関する項目															
組み立て	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
設定忘れ・電源入れ忘れ	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
故障	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
知識不足	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
警報設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
警報設定範囲	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用前・使用中の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り（医療用具等）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
破損（医療用具等）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
その他の医療用具(機器)の使用・管理に関する内容	1	0	0	1	2	1	1	0	1	3	1	1	3	1	6

障害の可能性なし					障害なし					不　明(注2)					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
															119
0	1	1	2	4	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	9
3	2	6	4	15	1	0	5	3	9	0	0	0	1	1	33
0	0	2	2	4	1	0	1	2	4	0	0	0	0	0	10
1	0	0	0	1	1	1	2	1	5	0	0	0	0	0	6
1	0	1	0	2	0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	12
0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
4	1	2	2	9	5	3	2	3	13	2	0	0	1	3	31
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	1	2	2	2	1	0	5	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	0	0	1	5
															5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	3
0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
															507
0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	2
3	1	2	2	8	1	0	2	0	3	0	1	0	0	1	16
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	5	6	4	19	1	2	1	1	5	1	1	0	0	2	64
1	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3
1	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	1	1	6
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	3	2	3	8	3	0	0	1	4	0	1	1	1	3	22
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5
3	9	4	6	22	1	4	4	4	13	0	1	0	0	1	50
25	19	14	19	77	16	9	7	7	39	5	1	2	1	9	333
															50
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
0	1	1	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2	1	0	0	3	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
4	2	4	3	13	1	1	0	2	4	0	1	1	2	4	32

事故の概要×事故の程度 (注1)	死亡					障害の可能性（高い）					障害の可能性（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目															
点滴漏れ	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	5	2	8
自己抜去	0	0	0	0	0	0	1	0	3	4	1	3	1	0	5
自然抜去	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0
接続はずれ	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
閉塞	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
破損・切断	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
接続間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
空気混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
その他のドレーン、チューブ類の使用・管理に関する内容	0	0	1	2	3	1	0	0	3	4	1	4	6	3	14
検査に関する項目															
患者取違え（検査）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検査手技・判定技術の間違い	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	2
検体採取時のミス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体取違え（検査）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
検体紛失	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体のコンタミネーション	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
分析機器・器具管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検査機器・器具準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結果報告	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
その他の検査に関する内容	1	0	0	2	3	1	1	2	2	6	7	1	4	2	14
療養上の場面に関する項目															
転倒	4	2	4	1	11	7	6	6	7	26	45	40	47	33	165
転落	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	7	2	5	5	19
衝突	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	5
拘束・抑制	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
重度な（筋層Ⅲ度・Ⅳ度に届く）褥瘡	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	2	1	0	3	6
誤嚥（療養上）	4	2	2	3	11	5	2	2	3	12	0	0	1	0	1
誤飲（療養上）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の療養上の世話・療養生活に関する内容	3	3	2	7	15	4	2	4	4	14	16	19	14	16	65
その他の搬送・移送に関する内容	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4
無断外出・外泊	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
その他の自己管理薬に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
その他の給食・栄養に関する内容	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	2	1	0	4
その他	6	6	13	7	32	3	7	4	3	17	10	10	14	13	47
未選択 (注3)	2	3	0	1	6	5	3	1	1	10	6	8	1	0	15
合　計	45	31	39	41	156	54	33	50	48	185	165	129	144	124	562

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

（注３）「未選択」とは「事故の内容」のチェックボックスを選択していないものを指す。

障害の可能性なし					障害なし					不　明（注2）					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
															128
0	4	10	1	15	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	26
1	3	3	1	8	1	4	1	3	9	0	0	0	0	0	26
2	1	0	0	3	2	0	1	0	3	0	0	0	1	1	10
0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
0	2	0	1	3	1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	6
1	1	1	1	4	1	1	0	0	2	0	0	1	0	1	8
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
1	3	7	2	13	3	0	1	5	9	0	0	1	0	1	44
															70
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	1	0	1	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	5
5	7	0	3	15	9	7	2	1	19	0	0	0	0	0	57
															764
30	27	54	33	144	12	7	11	13	43	2	3	3	2	10	399
7	6	8	7	28	1	1	0	6	8	0	0	0	0	0	57
1	0	2	1	4	0	2	2	0	4	0	0	0	0	0	13
0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
1	0	3	2	6	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	18
1	0	0	0	1	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	28
0	0	0	1	1	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3
23	20	24	25	92	7	2	7	4	20	2	0	1	2	5	211
1	1	3	1	6	0	1	0	1	2	0	0	0	1	1	14
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	2	0	0	2	1	0	2	0	3	0	0	0	0	0	6
0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	8
13	8	8	7	36	10	3	5	5	23	1	3	1	3	8	163
8	5	5	4	22	5	6	8	1	20	6	0	8	2	16	89
149	139	178	142	608	101	63	73	68	305	24	13	23	19	79	1,895

図表Ⅱ-1-38　発生場所×事故の程度

発生場所×事故の程度（注1）	死亡					障害の可能性（高い）					障害の可能性（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
外来診察室	1	0	1	0	2	2	1	1	0	4	2	1	0	1	4
外来処置室	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2	3	1	1	7
外来待合室	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
救急外来	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	1	5
救命救急センター	0	2	1	1	4	1	0	0	0	1	0	0	1	1	2
病室	24	11	17	18	70	22	14	23	22	81	77	64	65	46	252
病棟処置室	1	1	0	0	2	1	0	1	1	3	1	3	3	1	8
手術室	6	2	5	3	16	13	4	9	10	36	25	14	18	19	76
ICU	1	0	1	5	7	0	2	2	2	6	2	0	1	6	9
CCU	1	0	2	0	3	0	1	0	0	1	2	0	1	1	4
NICU	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	1	1	0	2
検査室	0	0	0	3	3	1	1	0	1	3	8	2	0	2	12
カテーテル検査室	3	3	0	1	7	2	3	2	2	9	4	3	2	1	10
放射線治療室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
放射線撮影室	0	1	0	0	1	1	1	1	0	3	4	4	4	1	13
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透析室	0	0	2	0	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1
分娩室	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	2
機能訓練室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	3	7
トイレ	1	1	0	0	2	3	0	1	1	5	7	6	9	6	28
廊下	0	0	0	0	0	0	3	1	1	5	6	5	7	9	27
浴室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	4
階段	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	3	10
その他	7	9	10	9	35	6	3	6	6	21	15	14	25	20	74
合　計	45	31	39	41	156	54	33	50	48	185	165	129	144	124	562

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

障害の可能性なし					障害なし					不　明（注2）					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
5	2	3	2	12	6	1	1	2	10	0	1	0	3	4	36
1	0	3	3	7	0	3	1	0	4	1	0	0	0	1	21
1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	5
0	1	1	1	3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	11
0	1	4	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
69	64	88	59	280	37	19	32	32	120	11	5	10	9	35	838
3	1	2	1	7	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	21
25	21	13	21	80	16	15	11	10	52	3	2	4	2	11	271
1	3	6	4	14	1	2	4	1	8	1	2	1	0	4	48
1	0	0	0	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	11
1	2	2	2	7	2	1	1	0	4	0	0	0	0	0	15
2	4	1	2	9	4	2	1	1	8	0	0	0	0	0	35
1	0	2	2	5	2	1	4	1	8	1	0	0	0	1	40
1	0	1	0	2	0	1	2	0	3	0	0	0	0	0	7
2	1	3	1	7	4	1	1	1	7	0	0	0	0	0	31
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	7
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	12
9	1	6	3	19	3	3	1	1	8	0	0	0	0	0	62
4	4	12	9	29	4	1	3	4	12	0	0	2	0	2	75
4	5	2	2	13	1	1	1	0	3	0	0	0	1	1	21
0	1	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	9	6	15	0	0	2	0	2	1	0	1	0	2	29
17	27	19	20	83	18	12	7	13	50	5	2	5	3	15	278
149	139	178	142	608	101	63	73	68	305	24	13	23	19	79	1,895

図表Ⅱ-1-３９　発生場所×入院・外来の別

発生場所×入院・外来の別	入院					外来					総計
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
外来診察室	3	1	1	0	5	13	5	5	8	31	36
外来処置室	2	2	0	0	4	3	4	6	4	17	21
外来待合室	0	0	1	0	1	2	0	0	2	4	5
救急外来	1	0	0	1	2	2	2	3	2	9	11
救命救急センター	0	3	6	2	11	1	0	0	0	1	12
病室	240	177	235	186	838	0	0	0	0	0	838
病棟処置室	6	5	6	4	21	0	0	0	0	0	21
手術室	84	58	59	61	262	4	0	1	4	9	271
ICU	6	9	15	17	47	0	0	0	1	1	48
CCU	6	1	3	1	11	0	0	0	0	0	11
NICU	4	4	4	3	15	0	0	0	0	0	15
検査室	12	5	1	7	25	3	4	1	2	10	35
カテーテル検査室	13	10	10	7	40	0	0	0	0	0	40
放射線治療室	2	2	2	0	6	0	0	1	0	1	7
放射線撮影室	8	6	7	2	23	3	2	2	1	8	31
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透析室	3	0	3	1	7	0	0	0	0	0	7
分娩室	0	1	2	1	4	0	0	0	0	0	4
機能訓練室	3	1	3	3	10	0	1	0	1	2	12
トイレ	23	11	17	11	62	0	0	0	0	0	62
廊下	14	13	25	22	74	0	0	0	1	1	75
浴室	8	6	3	4	21	0	0	0	0	0	21
階段	0	1	1	3	5	0	0	0	0	0	5
不明	1	7	12	9	29	0	0	0	0	0	29
その他	55	59	54	65	233	13	8	18	6	45	278
合　計	494	382	470	410	1,756	44	26	37	32	139	1,895

図表Ⅱ-1-40　関連診療科×事故の概要

関連診療科(注)×事故の概要	指示出し					薬　剤					輸　血					治療・処置					医療用具等 医療機器				
	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計
内科	1	1	0	0	2	2	1	6	4	13	0	0	0	0	0	5	8	7	4	24	0	0	2	1	3
麻酔科	0	0	0	0	0	1	2	2	2	7	0	0	0	0	0	10	5	6	4	25	1	0	0	1	2
循環器内科	1	0	0	1	2	3	1	0	2	6	0	0	0	0	0	24	10	7	9	50	1	0	2	0	3
神経科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1	3	2	9	0	0	1	0	1
呼吸器内科	0	0	0	0	0	2	1	1	1	5	0	0	0	0	0	3	2	1	0	6	2	0	0	1	3
消化器科	0	0	0	2	2	2	1	2	2	7	0	0	0	0	0	17	18	13	14	62	0	1	1	0	2
血液内科	0	0	0	0	0	1	0	3	0	4	0	0	0	0	0	1	3	0	0	4	0	0	0	0	0
循環器外科	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	5	0	1	8	1	0	0	0	1
アレルギー科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
リウマチ科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	0	0	0	0	0
小児科	1	0	0	3	4	5	3	4	3	15	0	0	0	0	0	6	4	1	2	13	1	1	0	0	2
外科	0	1	0	0	1	2	1	2	3	8	0	0	0	0	0	10	18	17	16	61	2	0	0	1	3
整形外科	1	0	0	0	1	1	3	3	0	7	0	0	0	0	0	19	9	10	15	53	1	0	1	2	4
形成外科	1	0	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	6	1	1	2	10	0	0	0	0	0
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	10	2	10	35	0	0	0	1	1
呼吸器外科	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	5	3	11	0	0	0	0	0
心臓血管外科	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	12	9	16	9	46	2	0	2	2	6
小児外科	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	3	1	5	3	12	0	0	0	0	0
ペインクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	0	1	0	0	1	2	0	0	1	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0
泌尿器科	0	0	0	2	2	1	0	0	2	3	0	1	0	0	1	10	4	2	5	21	0	1	0	1	2
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	0	0	0	0	0	1	0	2	1	4	0	0	0	1	1	9	4	4	4	21	0	0	0	0	0
産科	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3	0	0	2	5	0	0	0	0	0
婦人科	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	0	1	0	0	1	4	5	5	2	16	0	1	0	0	1
眼科	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	2	3	1	7	1	0	1	0	2
耳鼻咽喉科	0	0	0	0	0	1	1	1	2	5	0	0	0	0	0	7	5	10	3	25	2	0	0	0	2
心療内科	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
精神科	0	0	0	0	0	3	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	1	2	4	7	0	0	0	0	0
リハビリテーション科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	5	0	0	0	0	0
放射線科	1	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	9	4	3	3	19	1	0	1	0	2
歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	4	7	0	0	0	0	0
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1	3	2	16	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	1	0	0	1	4	4	5	2	15	1	1	0	0	2	14	12	7	13	46	2	3	4	1	10
合　計	6	4	0	8	18	37	20	36	34	127	2	3	0	2	7	208	146	136	140	630	17	7	15	11	50

(注)「関連診療科」は複数回答が可能である。

医療用具等										検　査					療養上の世話					その他					総計
ドレーン・チューブ類					歯科医療用具等																				
1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	
3	0	3	4	10	0	0	0	0	0	0	1	0	3	4	19	22	15	16	72	5	6	5	1	17	145
1	0	1	2	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	2	3	0	3	2	8	49
1	3	4	1	9	0	0	0	0	0	3	0	2	1	6	13	7	11	6	37	5	1	1	4	11	124
2	0	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8	5	10	10	33	0	4	1	0	5	54
3	5	2	0	10	1	0	0	0	1	0	1	0	2	3	17	6	19	22	64	3	6	1	1	11	103
1	1	4	2	8	0	0	0	0	0	4	4	2	2	12	15	7	11	13	46	10	4	3	5	22	161
0	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	6	1	1	0	0	2	20
0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2	0	1	0	3	18
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	4	1	0	0	0	1	8
2	3	5	4	14	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	14	11	17	21	63	3	1	6	5	15	130
2	4	4	6	16	0	0	0	0	0	1	1	1	2	5	11	8	18	10	47	6	6	5	5	22	163
1	1	0	3	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	54	32	65	44	195	7	12	6	7	32	298
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	5	0	0	0	1	1	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	3	1	1	7	1	0	0	0	1	2	0	1	0	3	7	12	11	10	40	3	1	3	2	9	96
0	1	0	3	4	0	0	0	0	0	1	2	0	1	4	5	4	2	2	13	2	1	3	1	7	40
0	2	1	1	4	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	3	3	1	4	11	5	2	2	3	12	84
1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	4	0	0	0	0	0	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	4	3	12	1	1	1	0	3	23
0	0	2	2	4	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	5	4	8	3	20	1	1	1	1	4	60
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	1	2	4	3	0	3	2	8	40
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	5	11
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	1	2	1	6	1	0	3	1	5	36
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	2	2	4	3	11	1	1	0	0	2	27
0	1	3	1	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	4	1	8	1	2	1	0	4	50
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	23	23	37	23	106	11	6	6	6	29	149
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	3	5	12	0	0	2	2	4	21
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	3	0	0	7	3	1	2	1	7	0	0	3	0	3	42
0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	0	1	0	1	15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	0	1	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4	0	1	0	1	2	6
2	2	6	7	17	0	0	0	0	0	6	3	3	0	12	30	15	20	23	88	4	10	17	8	39	230
22	27	45	39	133	3	1	3	0	7	31	21	11	15	78	252	171	275	233	931	80	69	80	60	289	2,270

図表Ⅱ-1-41　関連診療科×事故の程度

関連診療科（注1）×事故の程度（注2）	死　亡					障害の可能性（高い）					障害の可能性（低い）				
	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計
内科	2	5	3	3	13	5	4	5	4	18	6	13	9	6	34
麻酔科	2	1	1	0	4	4	1	3	1	9	3	1	2	3	9
循環器内科	6	3	1	3	13	2	4	5	3	14	19	5	7	5	36
神経科	0	0	0	1	1	1	0	1	3	5	8	3	6	3	20
呼吸器内科	3	3	2	1	9	2	2	1	2	7	11	6	8	9	34
消化器科	2	1	3	6	12	9	0	2	2	13	15	14	15	14	58
血液内科	1	2	0	1	4	0	0	0	0	0	3	1	1	0	5
循環器外科	0	1	0	1	2	0	0	1	1	2	1	1	2	1	5
アレルギー科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
リウマチ科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4
小児科	1	0	1	1	3	4	1	2	6	13	7	7	8	9	31
外科	3	3	3	6	15	3	2	5	8	18	8	14	17	6	45
整形外科	4	3	2	3	12	9	7	6	9	31	31	21	25	26	103
形成外科	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	2	1	0	3
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	2	5	1	3	11	4	4	0	3	11	7	12	6	6	31
呼吸器外科	2	0	4	1	7	3	0	3	0	6	4	3	1	4	12
心臓血管外科	2	4	3	6	15	3	1	6	3	13	7	2	6	3	18
小児外科	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	4	0	1	2	7
ペインクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	1	1	0	0	2	0	1	0	0	1	2	0	3	3	8
泌尿器科	3	0	0	0	3	1	2	0	0	3	7	2	4	3	16
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	1	0	1	0	2	2	0	1	0	3	5	1	1	4	11
産科	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	1	2	6
婦人科	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	4	2	6	2	14
眼科	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4	2	2	1	9
耳鼻咽喉科	2	0	2	2	6	1	3	6	1	11	3	4	6	1	14
心療内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3
精神科	5	4	6	4	19	3	1	3	3	10	5	11	11	8	35
リハビリテーション科	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	3	6	11
放射線科	3	0	1	1	5	4	2	2	1	9	6	2	2	1	11
歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	6
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	1	1	0	0	2	3	0	2	0	5	2	1	0	1	4
不明	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
その他	10	4	9	5	28	4	5	5	7	21	18	14	15	13	60
合　計	56	41	43	49	189	70	41	64	60	235	197	146	172	152	667

（注１）「関連診療科」は複数回答が可能である。

（注２）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注３）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

障害の可能性なし					障害なし					不明（注3）					総計
1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	
14	11	14	14	53	6	3	6	4	19	2	3	1	2	8	145
4	1	1	2	8	4	3	3	4	14	1	1	2	1	5	49
11	6	9	9	35	11	4	5	2	22	2	0	0	2	4	124
3	4	6	5	18	1	3	3	2	9	0	0	1	0	1	54
9	5	10	9	33	6	4	3	6	19	0	1	0	0	1	103
10	13	10	12	45	8	7	6	5	26	5	1	0	1	7	161
1	2	5	0	8	0	0	2	0	2	0	1	0	0	1	20
2	2	1	0	5	3	1	0	0	4	0	0	0	0	0	18
0	1	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	8
11	13	18	14	56	8	4	4	5	21	3	0	0	3	6	130
10	15	15	12	52	8	4	6	10	28	2	1	1	1	5	163
30	19	37	25	111	8	5	9	7	29	3	2	6	1	12	298
4	1	2	2	9	2	0	1	2	5	1	0	0	0	1	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	4	6	7	24	6	1	1	4	12	2	0	4	1	7	96
1	4	2	3	10	1	2	0	2	5	0	0	0	0	0	40
5	6	5	5	21	5	1	2	2	10	4	2	1	0	7	84
1	0	4	0	5	1	1	1	0	3	1	0	1	0	2	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	4	2	9	2	0	0	0	2	1	0	0	0	1	23
4	5	7	7	23	3	2	1	4	10	0	1	1	3	5	60
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	4	3	11	6	1	3	2	12	0	0	0	1	1	40
0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	2	2	11
2	4	2	2	10	1	2	2	1	6	0	2	1	0	3	36
3	1	5	2	11	1	1	1	0	3	0	1	0	1	2	27
3	3	6	1	13	3	0	0	2	5	0	1	0	0	1	50
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
12	10	17	9	48	12	4	6	9	31	1	0	4	1	6	149
3	1	2	2	8	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	21
1	3	2	0	6	3	2	1	2	8	1	0	1	1	3	42
1	0	1	4	6	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	2	2	0	0	1	3	2	0	1	0	3	19
1	0	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6
16	15	14	18	63	11	11	13	8	43	4	2	6	3	15	230
176	153	211	171	711	123	69	80	86	358	36	19	31	24	110	2,270

図表Ⅱ-1-42　関連診療科×事故の治療の程度

関連診療科(注)×事故の治療の程度	濃厚な治療					軽微な治療					なし					総計
	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	
内科	14	13	11	13	51	15	23	22	19	79	6	3	5	1	15	145
麻酔科	10	4	10	5	29	6	2	0	5	13	2	2	2	1	7	49
循環器内科	30	11	12	13	66	10	9	13	8	40	11	2	2	3	18	124
神経科	9	3	5	4	21	4	7	12	9	32	0	0	0	1	1	54
呼吸器内科	15	8	11	11	45	13	9	13	14	49	3	4	0	2	9	103
消化器科	30	19	13	19	81	13	16	19	13	61	6	1	4	8	19	161
血液内科	3	2	2	0	7	2	3	5	0	10	0	1	1	1	3	20
循環器外科	4	2	2	2	10	1	1	2	1	5	1	2	0	0	3	18
アレルギー科	0	0	0	1	1	0	1	2	1	4	0	0	0	0	0	5
リウマチ科	2	0	1	0	3	1	2	0	2	5	0	0	0	0	0	8
小児科	9	5	4	13	31	19	16	27	24	86	6	4	2	1	13	130
外科	16	16	26	26	84	15	14	16	12	57	3	9	5	5	22	163
整形外科	43	21	34	18	116	38	32	45	48	163	4	4	6	5	19	298
形成外科	3	1	1	1	6	5	2	4	3	14	0	0	0	0	0	20
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	15	16	7	12	50	11	9	11	10	41	2	1	0	2	5	96
呼吸器外科	8	2	6	3	19	2	5	3	5	15	1	2	1	2	6	40
心臓血管外科	17	12	18	14	61	5	0	4	3	12	4	4	1	2	11	84
小児外科	4	1	2	2	9	3	0	3	2	8	1	0	2	0	3	20
ペインクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	5	1	3	3	12	3	1	4	2	10	1	0	0	0	1	23
泌尿器科	11	7	6	7	31	4	4	7	6	21	3	1	0	4	8	60
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	7	4	5	3	19	3	1	3	5	12	5	0	2	2	9	40
産科	1	0	1	4	6	2	0	1	1	4	0	1	0	0	1	11
婦人科	5	7	8	3	23	2	2	4	2	10	1	2	0	0	3	36
眼科	3	0	3	3	9	4	4	5	1	14	1	1	1	1	4	27
耳鼻咽喉科	4	5	11	4	24	6	6	8	3	23	2	0	1	0	3	50
心療内科	0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	3
精神科	11	6	19	12	48	18	17	23	19	77	9	7	5	3	24	149
リハビリテーション科	2	0	2	1	5	3	1	3	7	14	0	0	1	1	2	21
放射線科	10	5	4	4	23	6	3	4	1	14	2	1	1	1	5	42
歯科	1	0	0	2	3	2	0	3	3	8	0	1	1	2	4	15
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	9	1	3	1	14	2	1	0	1	4	1	0	0	0	1	19
不明	0	1	0	1	2	1	0	0	2	3	0	0	0	1	1	6
その他	34	20	34	28	116	20	26	21	21	88	9	5	7	5	26	230
合　計	335	194	264	233	1,026	239	217	287	255	998	84	58	50	54	246	2,270

（注）「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-43　発生要因×事故の概要

発生要因(注)×事故の概要	指示出し					薬　剤					輸　血					治療・処置					医療用具等 医療機器				
	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計
確認を怠った	4	3	0	7	14	22	12	29	25	88	1	2	0	1	4	62	33	32	41	168	9	3	7	6	25
観察を怠った	0	0	0	0	0	5	1	5	11	22	0	0	0	0	0	35	19	21	19	94	3	0	0	2	5
判断を誤った	0	0	0	2	2	6	4	8	8	26	1	1	0	1	3	47	27	22	38	134	1	0	0	2	3
知識が不足していた	0	1	0	4	5	4	3	11	11	29	1	2	0	1	4	13	5	8	11	37	0	0	1	3	4
技術・手技が未熟だった	0	0	0	1	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	23	16	10	23	72	0	1	0	2	3
報告が遅れた	0	0	0	0	0	1	0	1	2	4	0	0	0	0	0	4	1	4	1	10	0	0	0	0	0
通常とは異なる身体的条件下にあった	1	0	0	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	6	10	5	6	27	1	1	0	0	2
通常とは異なる心理的条件下にあった	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	1	2	1	1	1	5	0	1	0	0	1
システムに問題があった	1	1	0	1	3	3	3	7	4	17	1	2	0	1	4	7	3	3	6	19	2	1	1	0	4
連携が出来ていなかった	0	0	0	3	3	3	5	9	9	26	1	2	0	0	3	14	11	10	13	48	3	1	0	1	5
記録などの不備	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	0	0	0	0	0	1	2	1	3	7	0	0	0	1	1
患者の外見・姓名が似ていた	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
勤務状況が繁忙だった	1	0	0	2	3	2	2	3	3	10	0	1	0	0	1	6	0	1	2	9	0	0	0	1	1
環境に問題があった	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	1	0	0	1	2	2	4	2	10	1	0	1	0	2
医薬品の問題	0	0	0	0	0	1	4	4	7	16	0	0	0	0	0	2	1	1	1	5	0	0	0	0	0
医療機器の問題	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	8	3	2	1	14	2	4	5	1	12
諸物品の問題	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	2	6	2	2	12	1	1	0	0	2
施設・設備の問題	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	1	5	0	0	0	0	0
教育・訓練に問題があった	0	0	0	1	1	2	3	5	6	16	0	1	0	0	1	11	6	9	6	32	4	0	0	1	5
説明不足	0	0	0	0	0	1	2	0	2	5	0	1	0	0	1	16	12	3	8	39	0	1	0	1	2
その他	0	1	0	0	1	2	0	3	1	6	1	0	0	0	1	57	37	50	32	176	3	0	2	2	7
合　計	7	6	0	21	34	56	41	91	93	281	6	14	0	4	24	320	196	190	217	923	30	14	17	23	84

(注)「発生要因」は複数回答が可能である。

医療用具等										検　査					療養上の世話					その他					総計
ドレーン・チューブ類					歯科医療用具等																				
1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	
10	10	14	13	47	1	1	2	0	4	13	5	3	4	25	40	29	27	26	122	11	7	7	9	34	531
9	11	17	13	50	0	0	1	0	1	4	0	0	1	5	75	64	82	83	304	11	13	7	8	39	520
6	16	11	9	42	0	0	0	0	0	6	2	2	1	11	74	52	59	60	245	7	7	9	11	34	500
0	5	7	4	16	1	0	0	0	1	1	1	1	0	3	9	6	11	19	45	3	3	3	3	12	156
2	5	8	3	18	0	0	0	0	0	2	0	1	1	4	14	10	21	12	57	1	2	2	3	8	165
0	1	3	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	1	3	8	16	1	1	1	0	3	38
1	2	0	4	7	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	10	6	19	8	43	0	2	2	3	7	92
2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2	7	1	4	1	1	7	25
0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	2	3	0	0	5	3	1	2	0	6	4	1	2	5	12	72
0	3	4	2	9	1	0	0	0	1	2	4	1	0	7	23	15	16	17	71	2	5	4	8	19	192
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	0	1	4	0	5	1	1	0	0	2	22
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
1	3	0	0	4	1	0	0	0	1	2	0	2	0	4	5	5	7	5	22	2	1	0	0	3	58
0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	15	19	25	19	78	4	3	6	3	16	114
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	5	5	2	1	4	12	0	0	0	0	0	38
0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1	0	4	35
1	0	3	2	6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	6	2	4	3	15	1	0	2	0	3	41
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	8	7	2	11	28	3	0	2	1	6	43
0	1	8	0	9	0	0	0	0	0	0	3	2	2	7	15	6	15	16	52	3	0	2	2	7	130
1	1	3	2	7	0	0	1	0	1	1	1	1	1	4	41	18	35	31	125	3	7	4	7	21	205
4	2	4	4	14	0	0	1	0	1	6	7	4	3	20	43	28	58	43	172	30	31	40	19	120	518
37	60	87	61	245	4	1	5	0	10	44	32	21	16	113	391	273	395	367	1,426	89	90	95	83	357	3,497

図表Ⅱ-1-44　発生場所×事故の概要

発生場所×事故の概要	指示出し					薬　剤					輸　血					治療・処置					医療用具等 医療機器				
	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計
外来診察室	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	5	3	1	2	11	1	0	0	1	2
外来処置室	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	0	1	0	0	1	3	2	4	3	12	0	1	0	0	1
外来待合室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
救急外来	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	0	0	1	0	1
救命救急センター	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	6	0	0	1	1	2
病室	1	3	0	5	9	18	8	20	17	63	0	0	0	1	1	39	25	31	22	117	5	1	2	2	10
病棟処置室	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	2	3	1	9	0	0	1	0	1
手術室	0	0	0	0	0	2	3	2	1	8	0	0	0	0	0	71	48	44	47	210	5	2	3	4	14
ICU	0	0	0	1	1	0	0	2	2	4	1	0	0	0	1	3	1	7	6	17	1	1	2	1	5
CCU	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	5	0	2	0	7	1	0	0	0	1
NICU	1	0	0	1	2	0	0	2	2	4	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	0	0	2
検査室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	3	0	5	15	0	0	0	0	0
カテーテル検査室	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	10	10	7	7	34	0	0	0	0	0
放射線治療室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	0	0	0	0	0
放射線撮影室	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	5	3	1	11	1	0	1	0	2
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透析室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	6	0	0	0	0	0
分娩室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0
機能訓練室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	4	0	0	0	0	0
トイレ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
廊下	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
浴室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
階段	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	7	3	2	5	17	1	0	0	1	2	17	12	12	15	56	1	1	1	0	3
合　計	4	3	0	8	15	28	16	33	30	107	2	2	0	2	6	175	121	119	113	528	16	7	12	9	44

医療用具等										検　査					療養上の世話					その他					総計
ドレーン・チューブ類					歯科医療用具等																				
1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	
1	0	0	0	1	1	0	1	0	2	3	1	1	1	6	0	0	1	0	1	4	1	2	3	10	36
0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	2	21
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	1	2	3	5
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	11
0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	12
15	16	23	17	71	1	0	1	0	2	4	4	4	0	12	130	93	131	112	466	27	27	23	10	87	838
0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	1	0	0	1	2	1	0	1	1	3	21
1	1	2	3	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	9	3	8	10	30	271
0	4	1	4	9	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4	1	2	1	2	6	48
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	11
1	2	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	15
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	7	6	0	3	16	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	35
0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	7
1	0	2	0	3	0	0	0	0	0	4	3	1	1	9	2	0	0	0	2	0	0	1	1	2	31
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	6	0	0	0	2	2	12
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	10	17	9	57	2	1	0	2	5	62
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	10	10	19	20	59	3	3	5	1	12	75
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	5	2	4	19	0	1	1	0	2	21
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	5	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	12	9	27	0	2	0	0	2	29
0	2	5	4	11	0	0	0	0	0	3	3	3	3	12	27	24	32	29	112	12	22	17	14	65	278
19	26	40	30	115	2	1	3	0	6	26	19	9	11	65	206	150	224	190	770	60	63	67	49	239	1,895

図表Ⅱ-1-45　事故調査委員会設置の有無×事故の概要

事故調査委員会設置の有無(注1)×事故の概要(注2)	指示出し					薬　剤					輸　血					治療・処置					医療用具等 医療機器				
	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計
内部調査委員会設置	0	1	0	0	1	3	2	5	4	14	0	1	0	0	1	37	25	20	34	116	4	3	5	4	16
外部調査委員会設置	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	2	0	3	6	11	0	0	0	0	0
内部調査委員会設置予定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	5	0	1	0	0	1
外部調査委員会設置予定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	2	9	0	0	0	0	0
既設の医療安全に関する委員会等で対応	4	2	0	7	13	24	13	22	21	80	1	1	0	1	3	108	81	79	54	322	10	1	6	6	23
現在検討中で対応は未定	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	4	2	9	0	0	0	0	0
その他	0	1	0	2	3	0	0	8	4	12	1	0	0	1	2	25	16	17	23	81	2	2	2	1	7
未選択(注2)	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	0	0	0	0	0
合　計	4	4	0	9	17	29	16	36	31	112	2	2	0	2	6	182	125	125	124	556	16	7	13	11	47

（注１）「事故調査委員会設置の有無」は複数回答が可能である。

（注２）「未選択」とは、「事故調査委員会設置の有無」のチェックボックスを選択していないものを指す。

図表Ⅱ-1-46　事故調査委員会設置の有無×事故の程度

事故調査委員会設置の有無(注1)×事故の程度(注2)	死　亡					障害の可能性（高い）					障害の可能性（低い）				
	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計
内部調査委員会設置	12	7	6	15	40	13	7	10	9	39	25	13	12	14	64
外部調査委員会設置	3	0	0	5	8	2	1	4	2	9	0	0	0	0	0
内部調査委員会設置予定	0	0	0	1	1	0	1	0	1	2	0	0	0	1	1
外部調査委員会設置予定	4	0	2	2	8	1	1	1	0	3	0	0	1	0	1
既設の医療安全に関する委員会等で対応	24	24	31	20	99	38	21	32	29	120	115	95	106	85	401
現在検討中で対応は未定	2	0	1	1	4	0	0	0	2	2	2	1	2	1	6
その他	7	3	2	7	19	4	3	6	7	20	21	23	25	25	94
未選択	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	2	0	6
合　計	53	34	42	51	180	58	34	53	50	195	167	132	148	126	573

（注１）「事故調査委員会設置の有無」は複数回答が可能である。

（注２）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注３）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

医療用具等										検　査					療養上の世話					その他					総計
ドレーン・チューブ類					歯科医療用具等																				
1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	
2	4	4	4	14	0	0	0	0	0	4	4	1	2	11	19	14	15	15	63	7	7	4	7	25	261
1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	18
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	8
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	2	4	16
15	21	32	22	90	1	0	1	0	2	19	13	7	6	45	152	109	175	152	588	32	42	41	29	144	1,310
0	1	0	0	1	0	1	1	0	2	0	0	1	0	1	4	6	3	3	16	0	0	1	0	1	31
0	1	4	5	10	1	0	1	0	2	1	3	0	3	7	31	26	31	24	112	19	13	21	17	70	306
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	4	2	3	2	11	2	0	0	0	2	22
19	27	42	31	119	2	1	3	0	6	26	20	10	12	68	211	157	227	197	792	62	64	68	55	249	1,972

障害の可能性なし					障害なし					不明（注3）					総計
1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	合計	
16	23	16	20	75	9	8	6	7	30	1	3	4	5	13	261
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	18
0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	8
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	16
105	100	131	100	436	73	38	55	51	217	11	5	8	13	37	1,310
2	3	6	1	12	2	4	1	0	7	0	0	0	0	0	31
25	16	26	27	94	13	13	13	8	47	10	4	12	6	32	306
0	2	1	2	5	5	1	0	3	9	1	0	0	0	1	22
149	146	181	150	626	102	64	75	69	310	24	13	25	26	88	1,972

【４】報告義務対象医療機関からの報告の内容（発生月に基づいた集計）

平成２１年１月１日から平成２１年１２月３１日までに報告義務対象医療機関から報告された事例のうち、**平成２１年に発生した**事例について**発生月に基づいて四半期毎に集計**した結果は次の通りである。

図表Ⅱ-１-４７　発生月

発生月		件　数
平成 21 年	1 月	156
	2 月	134
	3 月	134
	4 月	139
	5 月	164
	6 月	174
	7 月	184
	8 月	120
	9 月	138
	10 月	117
	11 月	104
	12 月	42
合　計		1,606

図表Ⅱ-１-４８　発生曜日・曜日区分

発生曜日	平日				休日（祝日）				総計
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	
月曜日	70	73	57	29	3	1	7	4	244
火曜日	72	69	69	37	0	4	1	2	254
水曜日	69	84	62	35	4	5	2	0	261
木曜日	72	84	83	56	1	0	1	0	297
金曜日	65	63	75	47	1	0	1	0	252
土曜日	11	5	7	7	31	52	31	17	161
日曜日	0	1	0	0	25	36	46	29	137
合　計	359	379	353	211	65	98	89	52	1,606

図表Ⅱ-1-49　発生時間帯

発生時間帯	件　数				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	総計
0時～1時台	15	21	24	10	70
2時～3時台	13	24	29	11	77
4時～5時台	21	15	14	9	59
6時～7時台	22	27	32	22	103
8時～9時台	33	63	40	27	163
10時～11時台	70	62	70	32	234
12時～13時台	47	34	41	24	146
14時～15時台	56	83	73	47	259
16時～17時台	59	48	46	21	174
18時～19時台	23	33	29	17	102
20時～21時台	28	25	16	18	87
22時～23時台	22	23	15	12	72
時間帯不明	15	19	13	13	60
合　計	424	477	442	263	1,606

図表Ⅱ-1-50　患者の年齢

患者の数(注)	患者の年齢	件　数					入院患者				
		1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計
1人	0～9歳	24	19	25	7	75	22	18	25	7	72
	10代	13	11	8	10	42	10	9	8	9	36
	20代	10	13	11	8	42	9	10	10	8	37
	30代	19	26	20	12	77	19	25	19	12	75
	40代	28	30	32	22	112	23	28	28	22	101
	50代	38	51	41	45	175	33	48	38	44	163
	60代	89	75	79	46	289	82	69	72	45	268
	70代	107	142	123	63	435	101	135	115	58	409
	80代	76	88	86	40	290	72	85	80	37	274
	90以上	16	17	13	10	56	16	15	12	10	53
	合　計	420	472	438	263	1,593	387	442	407	252	1,488
複数	合　計	4	5	4	0	13	1	4	4	0	9
総　計		424	477	442	263	1,606	388	446	411	252	1,497

（注）本項目は「患者の数」のチェックボックスの中で「1人」を選択した事例の件数であり、「複数」を選択した事例の件数は含まない。「複数」を選択した場合は記述情報となるため、患者の数、年齢は必ずしも記載されていないことから集計を行っていない。

図表Ⅱ-1-51　患者の性別

患者の数	性　別	件　数				
		1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計
1人	男	209	238	218	138	803
	女	211	234	220	125	790
	合　計	420	472	438	263	1,593
複　数	合　計	4	5	4	0	13
総　計		424	477	442	263	1,606

図表Ⅱ-1-52　入院・外来の区分・入院期間

入院・外来の区分		件　数				
		1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計
入　院	入院期間0～31日	263	301	251	137	952
	入院期間32日超	125	145	160	115	545
	合　計	388	446	411	252	1,497
外　来	初　診	2	4	0	1	7
	再　診	34	27	31	10	102
	合　計	36	31	31	11	109
総　計		424	477	442	263	1,606

図表Ⅱ-1-53　発見者

発見者	件　数				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計
医療従事者	375	416	393	224	1,408
患者本人	11	15	11	9	46
家族・付添い	12	9	12	8	41
他患者	13	15	13	7	48
その他	13	22	13	15	63
合　計	424	477	442	263	1,606

図表Ⅱ-1-5４　当事者の職種

当事者(注)の職種	件　数				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計
医師	246	240	209	137	832
歯科医師	17	3	7	2	29
看護師	274	329	345	194	1,142
准看護師	5	8	9	4	26
薬剤師	5	8	3	0	16
臨床工学技士	5	2	0	0	7
助産師	0	6	7	1	14
看護助手	1	2	5	1	9
診療放射線技師	5	5	0	2	12
臨床検査技師	2	5	4	0	11
理学療法士（PT）	4	5	5	3	17
作業療法士（OT）	1	1	2	0	4
衛生検査技師	0	0	0	0	0
歯科衛生士	2	0	0	0	2
その他	8	18	22	14	62
合　計	574	632	618	358	2,182

（注）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-55　当事者（医師・歯科医師・看護師・薬剤師）の職種別経験年数

当事者(注)の職種×職種経験年数	医師					歯科医師				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
0年	6	4	7	7	24	1	0	1	0	2
1年	6	7	4	2	19	1	0	1	0	2
2年	8	10	11	7	36	1	0	1	0	2
3年	13	13	10	8	44	0	0	1	0	1
4年	11	6	11	9	37	0	0	0	0	0
5年	11	16	11	4	42	1	0	0	0	1
6年	11	8	8	5	32	2	0	0	0	2
7年	13	12	13	10	48	0	0	0	0	0
8年	9	8	8	9	34	0	0	0	0	0
9年	9	7	8	7	31	1	0	0	1	2
10年	12	10	6	4	32	1	0	1	0	2
11～20年	88	90	77	46	301	3	2	1	1	7
21～30年	39	44	29	18	130	6	1	1	0	8
30年超	10	5	6	1	22	0	0	0	0	0
合　計	246	240	209	137	832	17	3	7	2	29

（注）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

看護師					薬剤師				
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
26	15	32	14	87	0	0	0	0	0
17	30	34	21	102	1	0	0	0	1
21	27	34	14	96	1	1	0	0	2
24	35	27	14	100	0	1	0	0	1
26	23	22	8	79	0	1	0	0	1
20	30	20	6	76	1	0	0	0	1
9	9	13	6	37	0	0	0	0	0
5	7	4	4	20	0	0	0	0	0
7	8	8	5	28	1	0	0	0	1
6	8	12	8	34	0	0	0	0	0
10	10	10	4	34	0	0	0	0	0
51	62	60	39	212	0	4	1	0	5
41	55	46	37	179	1	1	1	0	3
11	10	23	14	58	0	0	1	0	1
274	329	345	194	1,142	5	8	3	0	16

図表Ⅱ-1-56　当事者（医師・歯科医師・看護師・薬剤師）の部署配属年数

当事者(注)の職種×部署配属年数	医師					歯科医師				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
0年	59	55	54	44	212	1	0	2	0	3
1年	24	29	20	14	87	1	0	1	0	2
2年	22	22	18	11	73	2	0	0	0	2
3年	26	20	28	11	85	0	0	1	1	2
4年	14	17	8	7	46	0	0	0	0	0
5年	13	11	13	10	47	3	0	0	0	3
6年	10	5	6	4	25	2	0	0	0	2
7年	12	11	10	6	39	0	0	0	0	0
8年	7	8	9	6	30	2	0	0	0	2
9年	11	4	4	2	21	1	1	1	0	3
10年	5	11	2	1	19	0	0	0	0	0
11～20年	27	36	27	16	106	2	2	1	1	6
21～30年	13	11	9	5	38	3	0	1	0	4
30年超	3	0	1	0	4	0	0	0	0	0
合　計	246	240	209	137	832	17	3	7	2	29

（注）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

看護師					薬剤師				
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
74	69	75	45	263	3	1	0	0	4
41	68	90	47	246	0	3	2	0	5
54	47	52	28	181	0	0	0	0	0
36	53	37	23	149	0	2	0	0	2
26	36	32	19	113	1	0	0	0	1
22	23	22	11	78	0	1	0	0	1
6	9	16	8	39	0	0	0	0	0
0	10	2	6	18	0	0	1	0	1
3	1	4	3	11	0	0	0	0	0
0	2	1	1	4	0	0	0	0	0
3	3	1	1	8	0	0	0	0	0
6	8	9	1	24	0	0	0	0	0
2	0	4	1	7	1	1	0	0	2
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
274	329	345	194	1,142	5	8	3	0	16

図表Ⅱ-1-57　当事者（医師）（注1）の勤務時間（直前1週間）（注2）

勤務時間	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～12月
0～8時間未満	1	0	0	0	1
8～16時間未満	1	3	0	0	4
16～24時間未満	1	0	3	0	4
24～32時間未満	4	5	3	4	16
32～40時間未満	16	20	9	4	49
40～48時間未満	59	52	40	33	184
48～56時間未満	16	19	26	11	72
56～64時間未満	14	23	17	7	61
64～72時間未満	17	9	12	14	52
72～80時間未満	4	3	5	6	18
80～88時間未満	10	7	14	2	33
88～96時間未満	3	2	6	0	11
96時間以上	8	5	7	1	21
不　明	92	92	67	55	306
合　計	246	240	209	137	832
平均勤務時間（不明を除く）	53.07	50.54	56.11	52.38	53.07

（注1）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

（注2）勤務時間には院内のみではなく、院外での勤務時間が含まれている可能性がある。

図表Ⅱ-1-58　当事者（看護師）（注1）の勤務時間（直前1週間）（注2）

勤務時間	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～12月
0～8時間未満	0	0	2	0	2
8～16時間未満	0	3	2	2	7
16～24時間未満	3	5	10	4	22
24～32時間未満	25	28	32	17	102
32～40時間未満	57	78	86	44	265
40～48時間未満	123	146	138	72	479
48～56時間未満	20	26	17	16	79
56～64時間未満	1	2	3	0	6
64～72時間未満	0	0	1	0	1
72～80時間未満	1	0	0	0	1
80～88時間未満	0	0	0	1	1
88～96時間未満	0	0	0	0	0
96時間以上	1	0	0	0	1
不　明	43	41	54	38	176
合　計	274	329	345	194	1,142
平均勤務時間（不明を除く）	38.04	37.79	36.92	37.55	37.55

（注1）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

（注2）勤務時間には院内のみではなく、院外での勤務時間が含まれている可能性がある。

図表Ⅱ-1-59　当事者（医師）の夜勤回数（直前1週間）

夜勤回数	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～12月
0回	100	89	66	51	306
1回	71	69	73	34	247
2回	12	21	22	9	64
3回	6	2	7	2	17
4回	1	0	0	0	1
5回	1	0	2	0	3
6回	0	0	0	1	1
7回	0	0	1	0	1
不　明	55	59	38	40	192
合　計	246	240	209	137	832
平均夜勤回数（不明を除く）	0.64	0.65	0.91	0.66	0.72

図表Ⅱ-1-60　当事者（看護師）の夜勤回数（直前1週間）

夜勤回数	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～12月
0回	43	65	48	29	185
1回	92	95	110	42	339
2回	92	115	117	80	404
3回	20	20	18	9	67
4回	3	4	6	2	15
5回	0	0	0	0	0
6回	0	1	0	0	1
7回	1	0	0	1	2
不　明	23	29	46	31	129
合　計	274	329	345	194	1,142
平均夜勤回数（不明を除く）	1.41	1.36	1.41	1.50	1.41

図表Ⅱ-1-6 1　事故の概要

事故の概要	1～3月		4～6月		7～9月		10～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
指示出し	2	0.5	1	0.2	3	0.7	5	1.9	11	0.7
薬剤	20	4.7	16	3.4	35	7.9	10	3.8	81	5.0
輸血	2	0.5	1	0.2	1	0.2	1	0.4	5	0.3
治療処置	141	33.3	116	24.3	93	21.0	62	23.6	412	25.7
医療用具等	27	6.4	54	11.3	48	10.9	16	6.1	145	9.0
医療機器	7	1.7	17	3.6	9	2.0	2	0.8	35	2.2
ドレーン、チューブ類	18	4.2	35	7.3	38	8.6	14	5.3	105	6.5
歯科医療用具	2	0.5	2	0.4	1	0.2	0	0.0	5	0.3
検査	17	4.0	13	2.7	7	1.6	7	2.7	44	2.7
療養上の世話	168	39.6	198	41.5	203	45.9	128	48.7	697	43.4
その他	47	11.1	78	16.4	52	11.8	34	12.9	211	13.1
合　計	424	100.0	477	100.0	442	100.0	263	100.0	1,606	100.0

図表Ⅱ-1-6 2　事故の程度

事故の程度（注1）	1～3月		4～6月		7～9月		10～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
死亡	41	9.7	33	6.9	33	7.5	25	9.5	132	8.2
障害残存の可能性がある（高い）	38	9.0	48	10.1	38	8.6	25	9.5	149	9.3
障害残存の可能性がある（低い）	124	29.2	143	30.0	134	30.3	79	30.0	480	29.9
障害残存の可能性なし	129	30.4	169	35.4	156	35.3	84	31.9	538	33.5
障害なし	75	17.7	60	12.6	69	15.6	37	14.1	241	15.0
不明（注2）	17	4.0	24	5.0	12	2.7	13	4.9	66	4.1
合　計	424	100.0	477	100.0	442	100.0	263	100.0	1,606	100.0

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定 していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

図表Ⅱ-1-6 3　事故の治療の程度

事故の治療の程度	1～3月		4～6月		7～9月		10～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
濃厚な治療（注）	201	47.4	198	41.5	182	41.2	116	44.1	697	43.4
軽微な治療	176	41.5	231	48.4	216	48.9	130	49.4	753	46.9
なし	47	11.1	48	10.1	44	10.0	17	6.5	156	9.7
合　計	424	100.0	477	100.0	442	100.0	263	100.0	1,606	100.0

（注）医政発第 0921001 号（平成 16 年 9 月 21 日付）参考 1　参照

図表Ⅱ-1-64　発生場所

発生場所	1～3月		4～6月		7～9月		10～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
外来診察室	10	2.4	4	0.8	4	0.9	1	0.4	19	1.2
外来処置室	7	1.7	4	0.8	8	1.8	0	0.0	19	1.2
外来待合室	2	0.5	0	0.0	2	0.5	1	0.4	5	0.3
救急外来	0	0.0	6	1.3	0	0.0	2	0.8	8	0.5
救命救急センター	3	0.7	3	0.6	4	0.9	1	0.4	11	0.7
病室	186	43.9	206	43.2	214	48.4	117	44.5	723	45.0
病棟処置室	5	1.2	4	0.8	8	1.8	1	0.4	18	1.1
手術室	70	16.5	58	12.2	49	11.1	39	14.8	216	13.5
ICU	5	1.2	18	3.8	10	2.3	9	3.4	42	2.6
CCU	2	0.5	2	0.4	3	0.7	0	0.0	7	0.4
NICU	2	0.5	4	0.8	5	1.1	1	0.4	12	0.7
検査室	8	1.9	10	2.1	1	0.2	6	2.3	25	1.6
カテーテル検査室	6	1.4	16	3.4	4	0.9	5	1.9	31	1.9
放射線治療室	4	0.9	3	0.6	0	0.0	0	0.0	7	0.4
放射線撮影室	10	2.4	7	1.5	5	1.1	2	0.8	24	1.5
核医学検査室	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
透析室	2	0.5	1	0.2	0	0.0	1	0.4	4	0.2
分娩室	1	0.2	1	0.2	2	0.5	0	0.0	4	0.2
機能訓練室	2	0.5	4	0.8	2	0.5	3	1.1	11	0.7
トイレ	15	3.5	16	3.4	16	3.6	5	1.9	52	3.2
廊下	9	2.1	21	4.4	25	5.7	14	5.3	69	4.3
浴室	8	1.9	4	0.8	4	0.9	2	0.8	18	1.1
階段	0	0.0	1	0.2	3	0.7	1	0.4	5	0.3
不明	2	0.5	13	2.7	7	1.6	7	2.7	29	1.8
その他	65	15.3	71	14.9	66	14.9	45	17.1	247	15.4
合　計	424	100.0	477	100.0	442	100.0	263	100.0	1,606	100.0

図表Ⅱ-1-65　関連診療科

関連診療科（注）	1～3月		4～6月		7～9月		10～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
内科	38	7.3	38	6.9	33	6.3	24	7.4	133	6.9
麻酔科	17	3.3	10	1.8	9	1.7	7	2.2	43	2.2
循環器内科	28	5.4	32	5.8	16	3.0	16	5.0	92	4.8
神経科	13	2.5	11	2.0	17	3.2	9	2.8	50	2.6
呼吸器内科	18	3.5	29	5.3	21	4.0	19	5.9	87	4.5
消化器科	42	8.1	37	6.7	41	7.8	23	7.1	143	7.4
血液内科	5	1.0	7	1.3	6	1.1	0	0.0	18	0.9
循環器外科	3	0.6	2	0.4	6	1.1	0	0.0	11	0.6
アレルギー科	0	0.0	1	0.2	4	0.8	0	0.0	5	0.3
リウマチ科	3	0.6	1	0.2	1	0.2	1	0.3	6	0.3
小児科	24	4.6	22	4.0	35	6.6	26	8.1	107	5.6
外科	43	8.3	43	7.8	44	8.3	21	6.5	151	7.9
整形外科	56	10.8	77	14.0	75	14.2	48	14.9	256	13.3
形成外科	5	1.0	5	0.9	3	0.6	2	0.6	15	0.8
美容外科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
脳神経外科	19	3.7	26	4.7	19	3.6	12	3.7	76	4.0
呼吸器外科	9	1.7	10	1.8	9	1.7	5	1.5	33	1.7
心臓血管外科	23	4.4	20	3.6	15	2.8	10	3.1	68	3.5
小児外科	5	1.0	2	0.4	7	1.3	2	0.6	16	0.8
ペインクリニック	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
皮膚科	5	1.0	3	0.5	7	1.3	4	1.2	19	1.0
泌尿器科	16	3.1	14	2.6	16	3.0	7	2.2	53	2.8
性病科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
肛門科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
産婦人科	5	1.0	10	1.8	9	1.7	3	0.9	27	1.4
産科	2	0.4	1	0.2	2	0.4	2	0.6	7	0.4
婦人科	11	2.1	10	1.8	5	0.9	3	0.9	29	1.5
眼科	4	0.8	8	1.5	7	1.3	1	0.3	20	1.0
耳鼻咽喉科	10	1.9	13	2.4	9	1.7	5	1.5	37	1.9
心療内科	0	0.0	1	0.2	0	0.0	2	0.6	3	0.2
精神科	31	6.0	39	7.1	41	7.8	21	6.5	132	6.9
リハビリテーション科	4	0.8	4	0.7	7	1.3	5	1.5	20	1.0
放射線科	13	2.5	8	1.5	7	1.3	4	1.2	32	1.7
歯科	4	0.8	2	0.4	5	0.9	2	0.6	13	0.7
矯正歯科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
小児歯科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
歯科口腔外科	8	1.5	4	0.7	1	0.2	1	0.3	14	0.7
不明	1	0.2	1	0.2	2	0.4	2	0.6	6	0.3
その他	55	10.6	58	10.6	49	9.3	36	11.1	198	10.3
合　計	520	100.0	549	100.0	528	100.0	323	100.0	1,920	100.0

（注）「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-６６　発生要因

発生要因 (注)	1～3月		4～6月		7～9月		10～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
確認を怠った	119	15.2	114	13.0	123	14.7	60	12.3	416	14.0
観察を怠った	108	13.8	125	14.3	137	16.4	79	16.2	449	15.1
判断を誤った	119	15.2	125	14.3	115	13.7	81	16.6	440	14.8
知識が不足していた	26	3.3	39	4.5	39	4.7	31	6.4	135	4.5
技術・手技が未熟だった	35	4.5	45	5.1	46	5.5	24	4.9	150	5.0
報告が遅れた	10	1.3	8	0.9	10	1.2	7	1.4	35	1.2
通常とは異なる身体的条件下にあった	21	2.7	18	2.1	27	3.2	15	3.1	81	2.7
通常とは異なる心理的条件下にあった	5	0.6	9	1.0	5	0.6	2	0.4	21	0.7
システムに問題があった	12	1.5	16	1.8	15	1.8	6	1.2	49	1.6
連携が出来ていなかった	46	5.9	56	6.4	43	5.1	20	4.1	165	5.5
記録などの不備	5	0.6	8	0.9	4	0.5	3	0.6	20	0.7
患者の外見・姓名が似ていた	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0	2	0.1
勤務状況が繁忙だった	12	1.5	14	1.6	14	1.7	6	1.2	46	1.5
環境に問題があった	24	3.1	31	3.5	36	4.3	13	2.7	104	3.5
医薬品の問題	10	1.3	11	1.3	8	1.0	4	0.8	33	1.1
医療機器の問題	12	1.5	12	1.4	6	0.7	3	0.6	33	1.1
諸物品の問題	11	1.4	11	1.3	9	1.1	4	0.8	35	1.2
施設・設備の問題	9	1.2	12	1.4	7	0.8	7	1.4	35	1.2
教育・訓練に問題があった	33	4.2	27	3.1	37	4.4	20	4.1	117	3.9
説明不足	45	5.8	52	5.9	41	4.9	29	6.0	167	5.6
その他	118	15.1	142	16.2	114	13.6	73	15.0	447	15.0
合　計	781	100.0	875	100.0	837	100.0	487	100.0	2,980	100.0

（注）「発生要因」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-67　特に報告を求める事例

特に報告を求める事例	1～3月		4～6月		7～9月		10～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故	1	0.2	2	0.4	1	0.2	0	0.0	4	0.2
院内感染による死亡や障害	0	0.0	2	0.4	0	0.0	0	0.0	2	0.1
入院中に自殺又は自殺企図	13	3.1	10	2.1	7	1.6	10	3.8	40	2.5
入院患者の逃走	1	0.2	1	0.2	1	0.2	0	0.0	3	0.2
入院中の熱傷	4	0.9	4	0.8	4	0.9	4	1.5	16	1.0
入院中の感電	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
医療施設内の火災による患者の死亡や障害	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
間違った保護者の許への新生児の引渡し	1	0.2	0	0.0	2	0.5	2	0.8	5	0.3
本事例は選択肢には該当しない	404	95.3	458	96.0	427	96.6	247	93.9	1,536	95.6
合　計	424	100.0	477	100.0	442	100.0	263	100.0	1,606	100.0

図表Ⅱ-1-68　事故調査委員会設置の有無

事故調査委員会設置の有無 (注1)	1～3月		4～6月		7～9月		10～12月		合　計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
内部調査委員会設置	51	11.6	61	12.3	52	11.3	25	9.1	189	5.644
外部調査委員会設置	3	0.7	2	0.4	6	1.3	1	0.4	12	0.7
内部調査委員会設置予定	0	0.0	4	0.8	3	0.7	1	0.4	8	0.5
外部調査委員会設置予定	6	1.4	2	0.4	3	0.7	2	0.7	13	0.8
既設の医療安全に関する委員会等で対応	293	66.6	317	64.2	327	70.9	178	64.5	1,115	66.7
現在検討中で対応は未定	9	2.0	10	2.0	6	1.3	4	1.4	29	1.7
その他	71	16.1	96	19.4	59	12.8	61	22.1	287	17.2
未選択 (注2)	7	1.6	2	0.4	5	1.1	4	1.4	18	1.1
合　計	440	100.0	494	100.0	461	100.0	276	100.0	1,671	100.0

（注１）「事故調査委員会設置の有無」は複数回答が可能である。

（注２）「未選択」とは、「事故調査委員会設置の有無」のチェックボックスを選択していないものを指す。

図表Ⅱ-1-69　事故の概要×事故の程度

事故の概要×事故の程度（注1）	死　亡					障害残存の可能性がある（高い）					死亡障害残存の可能性がある（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
指示出し	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	1	0	1	2
薬剤	2	1	1	0	4	1	2	3	0	6	3	3	7	4	17
輸血	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置	23	14	9	8	54	17	15	10	8	50	42	36	25	15	118
医療用具等	1	1	0	3	5	2	3	6	2	13	5	9	16	3	33
医療機器	1	0	0	2	3	1	0	1	0	2	1	4	4	0	9
ドレーン、チューブ類	0	1	0	1	2	1	3	5	2	11	4	5	11	3	23
歯科医療用具(機器)等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
検査	0	0	0	2	2	1	3	2	1	7	2	2	4	1	9
療養上の世話	10	5	11	4	30	11	18	9	10	48	64	71	68	44	247
その他	5	12	12	8	37	5	7	8	3	23	8	21	14	11	54
合　計	41	33	33	25	132	38	48	38	25	149	124	143	134	79	480

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

障害残存の可能性なし					障害なし					不明（注2）					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計	
0	0	2	2	4	1	0	0	0	1	0	0	1	1	2	11
5	3	13	4	25	9	7	11	2	29	0	0	0	0	0	81
1	0	1	1	3	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	5
40	35	34	18	127	16	11	12	10	49	3	5	3	3	14	412
10	26	17	2	55	9	12	7	4	32	0	3	2	2	7	145
2	8	3	0	13	2	3	1	0	6	0	2	0	0	2	35
8	16	14	2	40	5	9	6	4	24	0	1	2	2	5	105
0	2	0	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	5
4	5	1	2	12	8	3	0	1	12	2	0	0	0	2	44
60	85	78	52	275	19	14	31	15	79	4	5	6	3	18	697
9	15	10	3	37	12	12	8	5	37	8	11	0	4	23	211
129	169	156	84	538	75	60	69	37	241	17	24	12	13	66	1,606

図表Ⅱ-1-70　事故の概要×事故の治療の程度

事故の概要×事故の治療の程度	濃厚な治療					軽微な治療					なし					総　計
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
指示出し	1	1	1	3	6	0	0	0	2	2	1	0	2	0	3	11
薬　剤	6	3	13	3	25	10	9	13	7	39	4	4	9	0	17	81
輸　血	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	1	0	1	0	2	5
治療・処置	87	69	53	40	249	46	44	32	19	141	8	3	8	3	22	412
医療用具等	9	18	22	7	56	14	25	24	6	69	4	11	2	3	20	145
医療機器	2	7	2	0	11	2	7	7	0	16	3	3	0	2	8	35
ドレーン、チューブ類	7	11	20	7	45	11	17	16	6	50	0	7	2	1	10	105
歯科医療用具（機器）等	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	1	1	0	0	2	5
検　査	3	6	4	6	19	8	3	3	1	15	6	4	0	0	10	44
療養上の世話	72	53	64	39	228	83	129	124	82	418	13	16	15	7	51	697
その他	23	48	25	18	114	14	20	20	12	66	10	10	7	4	31	211
合　計	201	198	182	116	697	176	231	216	130	753	47	48	44	17	156	1,606

図表Ⅱ-1-71　事故の程度×事故の治療の程度

事故の程度（注1）×事故の治療の程度	濃厚な治療					軽微な治療					なし					総　計
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
死亡	32	22	23	20	97	1	4	2	0	7	8	7	8	5	28	132
障害残存の可能性がある（高い）	32	41	30	23	126	6	6	8	2	22	0	1	0	0	1	149
障害残存の可能性がある（低い）	71	58	60	29	218	47	79	65	44	235	6	6	9	6	27	480
障害残存の可能性なし	38	39	41	23	141	80	115	102	57	354	11	15	13	4	43	538
障害なし	15	19	22	13	69	40	22	35	23	120	20	19	12	1	52	241
不明（注2）	13	19	6	8	46	2	5	4	4	15	2	0	2	1	5	66
合　計	201	198	182	116	697	176	231	216	130	753	47	48	44	17	156	1,606

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

図表Ⅱ-1-72　発生場面×事故の程度

発生場面×事故の程度（注1）	死亡					障害残存の可能性がある（高い）					障害残存の可能性がある（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
薬剤に関する項目															
与薬準備	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	3
その他の与薬準備に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮下・筋肉注射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
静脈注射	1	0	1	0	2	0	1	1	0	2	0	1	1	2	4
動脈注射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
末梢静脈点滴	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	0	1	1	1	3
中心静脈注射	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
内服	2	0	0	0	2	0	0	1	0	1	1	0	2	2	5
点鼻・点眼・点耳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の処方・与薬に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
内服薬調剤・管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
注射薬調剤・管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤・製剤管理等に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸血に関する項目															
血液検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸血実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置に関する項目															
開頭	0	1	0	0	1	0	1	0	1	2	1	0	0	1	2
開胸	0	1	3	0	4	0	2	2	0	4	2	0	0	2	4
開心	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
開腹	2	0	0	1	3	0	0	0	0	0	4	3	3	3	13
四肢	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	2	1	1	1	5
鏡視下手術	1	1	1	0	3	1	1	1	0	3	4	3	1	1	9
その他の手術	0	0	0	1	1	3	1	4	1	9	3	2	3	2	10
術前準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
術前処置	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
術後処置	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	2
その他の手術に関する場面	2	1	0	1	4	3	2	0	0	5	6	2	2	1	11
全身麻酔（吸入麻酔＋静脈麻酔）	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1
局所麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
吸入麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1
静脈麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脊椎・硬膜外麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3
その他の麻酔に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
帝王切開	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の分娩・人工妊娠中絶等に関する場面	2	1	0	0	3	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
血液浄化療法（血液透析含む）	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	2
ＩＶＲ（血管カテーテル治療等）	3	3	1	0	7	0	3	0	2	5	0	6	1	1	8
放射線治療	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
リハビリテーション	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3
観血的歯科治療	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
内視鏡的治療	0	2	1	0	3	2	0	0	1	3	1	4	2	1	8
その他の治療に関する場面	4	1	0	2	7	1	1	2	1	5	0	1	4	1	6
中心静脈ライン	2	1	2	0	5	0	2	0	0	2	3	5	1	0	9

障害残存の可能性なし					障害なし					不　明(注2)					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
															90
0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	3
1	2	2	0	5	2	4	3	2	11	0	0	0	0	0	24
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	3	3	6	2	1	3	0	6	0	0	1	1	2	20
1	0	1	1	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	5
0	0	4	0	4	4	1	2	0	7	0	0	0	0	0	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5
0	0	3	0	3	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	5
0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
															4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
															395
0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
1	2	2	2	7	2	1	0	0	3	0	0	0	0	0	22
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5
3	4	3	0	10	2	0	3	2	7	0	1	0	0	1	34
2	2	0	1	5	0	1	0	0	1	1	1	0	0	2	15
2	2	1	2	7	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	25
3	3	2	4	12	1	2	1	3	7	0	0	0	0	0	39
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
6	1	2	0	9	2	1	1	1	5	0	0	0	0	0	34
1	0	1	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
1	0	3	2	6	0	3	0	1	4	1	0	1	0	2	32
0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	4
1	1	0	1	3	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
3	3	0	3	9	0	1	4	1	6	0	0	0	0	0	29
0	1	3	0	4	1	0	0	0	1	0	2	1	2	5	28
0	5	3	0	8	1	1	0	0	2	0	0	0	1	1	27

発生場面×事故の程度 (注1)	死亡					障害残存の可能性がある（高い）					障害残存の可能性がある（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
末梢静脈ライン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
血液浄化用カテーテル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
栄養チューブ（NG・ED）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
尿道カテーテル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4
ドレーンに関する処置	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	3
創傷処置	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他のチューブ類の挿入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	5
気管挿管	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0
気管切開	1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心臓マッサージ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
酸素療法	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の救急処置に関する場面	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
医療用具（機器）の使用・管理に関する項目															
人工呼吸器	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
酸素療法機器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
人工心肺	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
除細動器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
ペースメーカー	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸液・輸注ポンプ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
血液浄化用機器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心電図・血圧モニター	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
パルスオキシメーター	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の医療用具(機器)の使用・管理に関する場面	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2	2	2	0	6
その他の歯科医療用具(機器)・材料の使用・管理に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目															
中心静脈ライン	0	0	0	2	2	0	1	0	0	1	0	2	1	0	3
末梢動脈ライン	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	2	4	1	7
気管チューブ	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	2	0	0	2	4
気管カニューレ	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0
栄養チューブ（NG・ED）	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	2	0	6
尿道カテーテル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	4
胸腔ドレーン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
腹腔ドレーン	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
脳室・脳槽ドレーン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮下持続吸引ドレーン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
硬膜外カテーテル	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
血液浄化用カテーテル・回路	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する場面	0	1	0	1	2	0	0	1	0	1	0	0	2	0	2
検査に関する項目															
採血	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の検体採取	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0
その他の生理検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
一般撮影	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
MRI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
血管カテーテル撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
下部消化管撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の画像検査	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	2	1	4

障害残存の可能性なし					障害なし					不　明(注2)					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
3	4	1	0	8	1	1	0	0	2	0	1	0	0	1	12
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	1	2	4	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	11
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5
															42
2	3	2	0	7	1	1	0	0	2	0	1	0	1	2	13
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	5	0	0	6	2	1	1	0	4	0	1	0	1	2	20
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
															118
0	4	3	1	8	0	2	3	2	7	0	0	1	0	1	22
4	8	3	0	15	1	1	0	0	2	0	1	1	0	2	28
1	1	0	0	2	1	2	1	1	5	0	0	0	0	0	14
2	3	2	0	7	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	14
0	0	3	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	11
0	0	2	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	7
0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	1	1	7	1	2	0	0	3	0	0	0	0	0	15
															44
0	2	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	1	0	0	0	1	7
0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	1	2	3	1	0	0	4	0	0	0	0	0	12

発生場面×事故の程度（注1）	死亡					障害残存の可能性がある（高い）					障害残存の可能性がある（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
上部消化管	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1
下部消化管	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3
気管支鏡	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の内視鏡検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
その他の検査に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
療養上の場面に関する項目															
気管内・口腔内吸引	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
体位変換	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	1	0	2	5
清拭	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4
更衣介助	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	4
食事介助	1	2	0	0	3	0	1	0	1	2	0	0	0	1	1
入浴介助	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
排泄介助	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	5	7	5	1	18
移動介助	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	2	2	1	3	8
搬送・移送	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3	0	0	1	4
患者周辺物品管理	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
配膳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
患者観察	0	0	1	0	1	0	0	1	1	2	10	11	7	5	33
その他の療養上の世話に関する場面	0	0	1	0	1	0	2	2	0	4	8	11	4	9	32
経口摂取	1	0	1	0	2	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0
その他の給食・栄養に関する場面	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1
散歩中	0	0	1	0	1	2	0	1	1	4	1	0	1	0	2
移動中	3	1	1	0	5	0	3	2	2	7	17	19	29	10	75
外出・外泊中	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
食事中	1	1	1	1	4	2	2	0	0	4	1	0	0	0	1
入浴中	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3
排泄中	0	0	0	1	1	3	1	0	0	4	6	2	8	4	20
就寝中	0	1	3	1	5	0	1	1	0	2	1	1	5	1	8
その他の療養生活に関する場面	2	0	4	0	6	3	5	0	2	10	5	13	4	2	24
その他	6	8	10	4	28	2	6	5	1	14	4	10	16	10	40
未選択（注3）	1	3	0	2	6	6	2	1	0	9	6	6	1	0	13
合　計	41	33	33	25	132	38	48	38	25	149	124	143	134	79	480

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

（注３）「未選択」とは「発生場面」および「事故の程度」のチェックボックスを選択していないものを指す。

障害残存の可能性なし					障害なし					不　明（注2）					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
1	1	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	5
0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6
0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
															699
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	4	4	1	9	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	18
2	1	0	0	3	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	9
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	8
5	2	2	0	9	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	11
4	5	2	2	13	1	2	4	1	8	2	0	0	0	2	42
4	6	0	3	13	2	0	3	0	5	0	1	0	0	1	29
0	1	1	2	4	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	11
0	1	0	1	2	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
8	5	4	5	22	2	0	1	1	4	0	1	2	0	3	65
10	15	17	11	53	4	1	5	0	10	0	1	1	1	3	103
0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
0	2	1	1	4	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	12
6	17	33	14	70	6	4	4	3	17	2	1	0	1	4	178
0	2	0	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	6
1	1	2	0	4	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	15
1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
5	4	4	1	14	2	1	2	2	7	0	0	0	0	0	46
7	4	2	1	14	0	1	2	2	5	0	0	0	0	0	34
4	15	7	5	31	1	2	3	3	9	0	1	1	0	2	82
7	6	10	5	28	5	4	5	3	17	2	1	2	1	6	133
8	6	4	2	20	6	7	5	1	19	6	8	0	0	14	81
129	169	156	84	538	75	60	69	37	241	17	24	12	13	66	1,606

図表Ⅱ-1-73　事故の内容×事故の程度

事故の内容×事故の程度（注1）	死亡					障害残存の可能性がある（高い）					障害残存の可能性がある（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
薬剤に関する項目															
処方量間違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
過剰与薬	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	2	2	0	4
投与速度速すぎ	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤間違い	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	2	2	5
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0
その他の処方・与薬に関する内容	1	0	0	0	1	0	2	0	0	2	1	0	0	0	1
数量間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤・製剤管理等に関する内容	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
その他の薬剤・血液製剤管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
輸血に関する項目															
クロスマッチ間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結果記入・入力間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血検査に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の血液製剤への放射線照射及び輸血に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置に関する項目															
患者間違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
部位取違え	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	3
診療・治療・処置等その他の取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
方法（手技）の誤り	2	1	2	0	5	1	1	1	0	3	4	11	6	2	23
未実施・忘れ（治療・処置）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不必要行為の実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
患者体位の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	4
診察・治療等のその他の誤り	2	1	0	1	4	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3
誤嚥	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	1	0	1
異物の体内残存	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	3	1	9
その他の治療・処置に関する内容	17	13	7	5	42	10	14	11	6	41	27	22	12	15	76
医療用具（機器）の使用・管理に関する項目															
組み立て	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
設定忘れ・電源入れ忘れ	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
故障	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
知識不足	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
警報設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
警報設定範囲	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用前・使用中の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り（医療用具等）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
破損（医療用具等）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
その他の医療用具(機器)の使用・管理に関する内容	1	0	0	1	2	1	0	1	0	2	1	3	2	0	6

障害残存の可能性なし					障害なし					不　明（注2）					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
															90
0	0	2	1	3	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	8
1	2	5	4	12	0	3	2	2	7	0	0	1	0	1	27
0	0	4	0	4	1	0	2	0	3	0	0	0	0	0	9
0	0	0	0	0	2	1	2	0	5	0	0	0	0	0	5
0	1	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3
2	1	2	1	6	4	0	4	0	8	0	0	0	1	1	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	2	2	2	0	0	4	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
															4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
															395
0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
2	2	1	2	7	0	1	1	1	3	0	1	0	0	1	15
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
6	5	5	1	17	1	2	1	1	5	0	1	0	0	1	54
1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
1	0	0	0	1	0	1	1	0	2	0	0	1	0	1	5
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	4	2	2	8	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	18
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5
1	9	5	1	16	4	3	3	3	13	1	0	0	0	1	39
22	12	14	12	60	9	6	5	3	23	2	1	0	4	7	249
															42
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
0	2	0	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3	7	2	0	12	0	2	1	0	3	0	2	0	2	4	29

事故の内容×事故の程度 (注1)	死亡					障害残存の可能性がある（高い）					障害残存の可能性がある（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目															
点滴漏れ	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	2	4	1	7
自己抜去	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4	2	2	1	0	5
自然抜去	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0
接続はずれ	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
閉塞	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
破損・切断	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
接続間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
空気混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
その他のドレーン、チューブ類の使用・管理に関する内容	0	1	0	2	3	0	0	2	1	3	1	4	7	1	13
検査に関する項目															
患者取違え（検査）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検査手技・判定技術の間違い	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
検体採取時のミス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体取違え（検査）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
検体紛失	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体のコンタミネーション	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
分析機器・器具管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検査機器・器具準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結果報告	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の検査に関する内容	0	0	0	2	2	1	1	3	1	6	1	1	4	1	7
療養上の場面に関する項目															
転倒	3	1	3	1	8	5	9	3	5	22	41	46	44	20	151
転落	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	5	4	5	3	17
衝突	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	5
拘束・抑制	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
重度な（筋層Ⅲ度・Ⅳ度に届く）褥瘡	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	3	0	0	3	6
誤嚥（療養上）	3	2	4	1	10	2	4	0	3	9	0	0	0	0	0
誤飲（療養上）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の療養上の世話・療養生活に関する内容	2	2	6	3	13	2	3	2	3	10	12	21	12	12	57
その他の搬送・移送に関する内容	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	0	4
無断外出・外泊	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
その他の自己管理薬に関する内容	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
その他の給食・栄養に関する内容	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0	4
その他	6	8	10	4	28	2	6	5	1	14	4	10	16	10	40
未選択 (注3)	1	3	0	2	6	6	2	1	0	9	6	6	1	0	13
合　計	41	33	33	25	132	38	48	38	25	149	124	143	134	79	480

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

（注３）「未選択」とは「発生場面」および「事故の内容」のチェックボックスを選択していないものを指す。

障害残存の可能性なし					障害なし					不　明（注2）					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合　計	
															118
4	8	3	0	15	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	25
0	4	2	1	7	1	5	3	0	9	0	0	0	0	0	25
2	1	0	0	3	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	8
0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
1	1	1	0	3	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	5
2	0	2	0	4	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	7
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
2	3	6	1	12	2	1	0	5	8	0	1	0	0	1	40
															44
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
3	5	0	2	10	7	3	1	1	12	0	0	0	0	0	37
															699
25	42	45	23	135	11	7	15	7	40	2	4	3	1	10	366
7	8	8	4	27	1	1	0	6	8	0	0	0	0	0	54
0	2	0	1	3	0	2	2	0	4	0	0	0	0	0	12
0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
1	1	3	1	6	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	17
1	0	0	0	1	0	1	1	1	3	0	0	0	0	0	23
0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
22	28	23	16	89	7	0	9	2	18	2	1	1	1	5	192
1	3	1	1	6	0	1	1	0	2	0	0	0	1	1	14
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	2	0	0	2	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	6
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
7	6	10	5	28	5	4	5	3	17	2	1	2	1	6	133
8	6	4	2	20	6	7	5	1	19	6	8	0	0	14	81
129	169	156	84	538	75	60	69	37	241	17	24	12	13	66	1,606

図表Ⅱ-1-74　発生場所×事故の程度

発生場所×事故の程度（注1）	死　亡					障害残存の可能性がある（高い）					障害残存の可能性がある（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
外来診察室	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	3	0	1	0	4
外来処置室	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	1	2	2	0	5
外来待合室	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
救急外来	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3
救命救急センター	2	0	1	1	4	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
病室	21	13	17	10	61	14	21	19	12	66	61	68	58	30	217
病棟処置室	2	0	0	0	2	1	0	2	0	3	1	4	3	0	8
手術室	4	3	3	2	12	8	6	8	3	25	21	15	13	15	64
ICU	0	0	2	3	5	1	3	1	1	6	0	1	1	5	7
CCU	1	0	2	0	3	0	1	0	0	1	1	1	1	0	3
NICU	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2
検査室	0	1	0	2	3	1	1	0	1	3	3	2	0	1	6
カテーテル検査室	3	1	0	1	5	2	5	0	2	9	0	4	2	0	6
放射線治療室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
放射線撮影室	0	1	0	0	1	2	1	0	0	3	3	3	4	0	10
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透析室	2	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
分娩室	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	2
機能訓練室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	2	7
トイレ	0	1	0	0	1	1	1	1	0	3	6	5	10	4	25
廊下	0	0	0	0	0	0	4	0	1	5	4	9	7	5	25
浴室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
階段	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	2	10
その他	6	11	7	6	30	7	3	3	5	18	12	18	25	13	68
合　計	41	33	33	25	132	38	48	38	25	149	124	143	134	79	480

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

障害残存の可能性なし					障害なし					不　明（注2）					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
3	1	2	0	6	3	1	1	1	6	1	0	0	0	1	19
1	1	5	0	7	3	1	0	0	4	1	0	0	0	1	19
1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	5
0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8
1	2	2	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
64	75	75	41	255	24	19	38	15	96	2	10	7	9	28	723
1	0	2	1	4	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	18
19	18	17	9	63	15	12	7	8	42	3	4	1	2	10	216
2	7	4	0	13	0	5	2	0	7	2	2	0	0	4	42
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	2	3	1	6	1	2	0	0	3	0	0	0	0	0	12
2	5	0	2	9	2	1	1	0	4	0	0	0	0	0	25
0	2	1	1	4	0	4	1	1	6	1	0	0	0	1	31
1	1	0	0	2	1	2	0	0	3	0	0	0	0	0	7
2	2	1	1	6	3	0	0	1	4	0	0	0	0	0	24
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0	2	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	11
5	5	4	1	15	3	4	1	0	8	0	0	0	0	0	52
2	6	13	6	27	3	0	5	2	10	0	2	0	0	2	69
6	4	2	1	13	2	0	1	0	3	0	0	0	1	1	18
0	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	6	4	5	15	0	0	2	0	2	1	1	0	0	2	29
19	26	19	13	77	15	9	8	8	40	6	4	4	0	14	247
129	169	156	84	538	75	60	69	37	241	17	24	12	13	66	1,606

図表Ⅱ-1-75　発生場所×入院・外来の別

発生場所×入院・外来の別	入院					外来					総計
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
外来診察室	1	1	0	0	2	9	3	4	1	17	19
外来処置室	3	0	0	0	3	4	4	8	0	16	19
外来待合室	0	0	1	0	1	2	0	1	1	4	5
救急外来	0	0	0	1	1	0	6	0	1	7	8
救命救急センター	3	3	4	1	11	0	0	0	0	0	11
病室	186	206	214	117	723	0	0	0	0	0	723
病棟処置室	5	4	8	1	18	0	0	0	0	0	18
手術室	68	56	46	38	208	2	2	3	1	8	216
ICU	5	18	10	8	41	0	0	0	1	1	42
CCU	2	2	3	0	7	0	0	0	0	0	7
NICU	2	4	5	1	12	0	0	0	0	0	12
検査室	6	6	1	4	17	2	4	0	2	8	25
カテーテル検査室	6	16	4	5	31	0	0	0	0	0	31
放射線治療室	3	3	0	0	6	1	0	0	0	1	7
放射線撮影室	8	5	4	2	19	2	2	1	0	5	24
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透析室	2	1	0	1	4	0	0	0	0	0	4
分娩室	1	1	2	0	4	0	0	0	0	0	4
機能訓練室	2	3	1	3	9	0	1	1	0	2	11
トイレ	15	16	16	5	52	0	0	0	0	0	52
廊下	9	21	24	14	68	0	0	1	0	1	69
浴室	8	4	4	2	18	0	0	0	0	0	18
階段	0	1	3	1	5	0	0	0	0	0	5
不明	2	13	7	7	29	0	0	0	0	0	29
その他	51	62	54	41	208	14	9	12	4	39	247
合　計	388	446	411	252	1,497	36	31	31	11	109	1,606

図表Ⅱ-1-76　関連診療科×事故の概要

関連診療科(注)×事故の概要	指示出し					薬　剤					輸　血					治療・処置					医療用具等 医療機器				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
内科	1	0	0	0	1	1	4	6	1	12	0	0	0	0	0	8	6	5	3	22	0	1	2	0	3
麻酔科	0	0	0	0	0	2	3	0	1	6	0	0	0	0	0	10	6	2	3	21	1	0	1	0	2
循環器内科	0	0	0	1	1	2	0	1	1	4	0	0	0	0	0	13	8	6	6	33	0	2	0	0	2
神経科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1	4	1	9	0	0	1	0	1
呼吸器内科	0	0	0	0	0	3	1	1	0	5	0	0	0	0	0	2	2	1	0	5	0	0	1	0	1
消化器科	0	0	1	1	2	1	0	3	1	5	0	0	0	0	0	20	18	12	8	58	0	1	1	0	2
血液内科	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	0	0	0	0	0
循環器外科	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	1	1	0	4	0	0	0	0	0
アレルギー科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
リウマチ科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0
小児科	0	0	1	2	3	4	2	3	1	10	0	0	0	0	0	3	1	3	1	8	1	1	0	0	2
外科	0	1	0	0	1	1	0	5	0	6	0	0	0	0	0	19	12	17	7	55	2	1	0	0	3
整形外科	0	0	0	0	0	2	2	2	0	6	0	0	0	0	0	11	11	7	9	38	1	2	1	0	4
形成外科	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	4	1	0	2	7	0	0	0	0	0
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	7	2	6	23	0	0	1	0	1
呼吸器外科	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	2	2	8	0	0	0	0	0
心臓血管外科	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	14	10	8	3	35	1	2	1	1	5
小児外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	6	1	10	0	0	0	0	0
ペインクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0
泌尿器科	0	0	1	1	2	2	0	1	0	3	0	1	0	0	1	9	3	3	2	17	0	2	0	0	2
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	0	0	1	0	1	5	4	5	2	16	0	0	0	0	0
産科	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	0
婦人科	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	1	0	0	0	1	4	4	3	1	12	0	1	0	0	1
眼科	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	3	1	0	5	0	0	1	0	1
耳鼻咽喉科	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	0	5	9	2	2	18	1	0	0	0	1
心療内科	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
精神科	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	2	5	0	0	0	0	0
リハビリテーション科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	5	0	0	0	0	0
放射線科	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	5	5	2	2	14	0	0	1	0	1
歯科	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3	0	5	0	0	0	0	0
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	1	1	11	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	1	0	0	0	1	4	3	4	1	12	0	1	0	0	1	14	10	6	7	37	1	5	2	1	9
合　計	3	1	3	5	12	30	19	38	12	99	2	2	1	1	6	178	133	109	73	493	8	18	13	2	41

(注)「関連診療科」は複数回答が可能である。

医療用具等										検　査					療養上の世話					その他					総　計
ドレーン・チューブ類					歯科医療用具等																			
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
1	2	3	2	8	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4	21	18	14	14	67	5	7	3	1	16	133
0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	2	2	0	5	1	8	43
0	6	1	1	8	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	10	13	5	4	32	2	2	2	3	9	92
0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	8	7	9	7	31	2	3	0	0	5	50
3	5	2	0	10	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	7	15	15	16	53	3	5	1	1	10	87
2	2	4	0	8	0	0	0	0	0	3	2	3	1	9	10	9	15	6	40	6	5	2	6	19	143
0	3	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	5	1	1	0	0	2	18
0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	11
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	4	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	0	0	0	1	6
1	4	4	3	12	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	12	12	17	16	57	1	1	7	3	12	107
3	4	6	2	15	0	0	0	0	0	2	0	1	2	5	10	17	10	7	44	6	8	5	3	22	151
2	0	1	2	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	35	48	58	31	172	4	14	6	6	30	256
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	5	0	0	1	0	1	15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	2	2	0	7	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7	13	11	6	37	1	4	2	0	7	76
0	1	0	3	4	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	4	3	4	0	11	1	2	3	0	6	33
0	3	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	3	2	9	3	3	1	4	11	68
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	4	0	0	0	0	0	16
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	4	3	10	1	1	1	0	3	19
0	0	3	1	4	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	5	4	8	2	19	0	2	0	1	3	53
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	0	2	2	0	4	27
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	7
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	1	2	0	6	0	3	0	1	4	29
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	4	4	1	10	1	1	0	0	2	20
1	1	2	1	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	3	1	7	1	0	1	0	2	37
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	20	34	30	15	99	10	4	7	3	24	132
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	4	2	11	0	1	1	2	4	20
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	1	0	0	5	2	1	2	1	6	1	1	1	0	3	32
0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	0	0	1	0	1	13
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	0	1	14
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	4	0	1	0	1	2	6
2	4	8	2	16	0	0	0	0	0	3	3	1	0	7	24	18	18	19	79	6	14	10	6	36	198
19	38	44	20	121	2	2	1	0	5	21	14	9	9	53	197	235	246	159	837	60	87	64	42	253	1,920

図表Ⅱ-1-77　関連診療科×事故の程度

関連診療科（注1）×事故の程度（注2）	死亡					障害残存の可能性がある（高い）					障害残存の可能性がある（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
内科	4	5	1	3	13	4	6	3	4	17	9	11	8	3	31
麻酔科	2	1	0	1	4	3	1	2	1	7	3	0	3	2	8
循環器内科	7	1	2	1	11	2	7	0	3	12	13	6	5	3	27
神経科	0	0	0	1	1	2	0	2	1	5	5	2	7	2	16
呼吸器内科	3	3	2	1	9	2	2	1	1	6	5	8	8	6	27
消化器科	2	3	2	4	11	5	1	2	0	8	8	15	19	7	49
血液内科	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	3	1	1	0	5
循環器外科	1	0	1	0	2	0	0	2	0	2	1	1	3	0	5
アレルギー科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
リウマチ科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3
小児科	1	1	0	1	3	2	2	4	3	11	6	5	8	8	27
外科	5	1	4	2	12	3	5	5	5	18	8	20	10	4	42
整形外科	1	3	1	3	8	6	7	5	4	22	20	25	23	19	87
形成外科	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0	0	3
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	5	2	0	2	9	2	4	1	1	8	7	12	8	2	29
呼吸器外科	0	2	2	0	4	1	1	2	0	4	3	3	2	2	10
心臓血管外科	4	3	5	2	14	4	4	2	2	12	5	1	4	2	12
小児外科	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3	0	2	1	6
ペインクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	1	1	0	0	2	1	0	0	0	1	1	0	4	2	7
泌尿器科	3	0	0	0	3	0	2	0	0	2	4	4	4	1	13
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	1	1	0	0	2	0	1	0	0	1	3	1	2	3	9
産科	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	2	4
婦人科	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	4	4	2	2	12
眼科	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	2	1	3	0	6
耳鼻咽喉科	1	1	1	1	4	2	4	2	0	8	3	4	3	1	11
心療内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3
精神科	4	2	7	3	16	2	3	1	1	7	4	12	11	6	33
リハビリテーション科	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	5	3	11
放射線科	0	0	1	1	2	2	3	1	2	8	4	2	1	1	8
歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	5
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	0	1	0	0	1	3	1	0	0	4	2	1	1	0	4
不明	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
その他	8	5	7	4	24	4	5	7	3	19	11	15	10	12	48
合　計	54	37	37	31	159	52	61	45	33	191	142	161	164	98	565

（注１）「関連診療科」は複数回答が可能である。

（注２）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注３）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

障害残存の可能性なし					障害なし					不明（注3）					総計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
13	11	14	10	48	4	3	6	3	16	4	2	1	1	8	133
3	2	2	0	7	5	5	1	2	13	1	1	1	1	4	43
3	11	5	7	26	2	7	3	1	13	1	0	1	1	3	92
3	7	5	3	18	3	1	3	2	9	0	1	0	0	1	50
4	9	8	6	27	4	6	2	5	17	0	1	0	0	1	87
15	13	8	9	45	9	5	9	1	24	3	0	1	2	6	143
1	4	2	0	7	0	0	2	0	2	0	1	0	0	1	18
1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
0	1	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
2	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
10	11	20	8	49	5	3	3	3	14	0	0	0	3	3	107
17	14	13	6	50	8	1	11	4	24	2	2	1	0	5	151
22	29	33	17	101	6	6	12	2	26	1	7	1	3	12	256
1	2	2	1	6	2	1	1	1	5	0	0	0	0	0	15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	4	7	4	18	2	2	2	2	8	0	2	1	1	4	76
2	4	3	1	10	3	0	0	2	5	0	0	0	0	0	33
2	8	3	2	15	3	3	0	2	8	5	1	1	0	7	68
1	2	2	0	5	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	16
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	2	3	2	7	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	19
6	6	7	4	23	3	1	2	1	7	0	1	3	1	5	53
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	5	4	0	9	1	2	3	0	6	0	0	0	0	0	27
0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	7
5	2	2	0	9	2	1	0	1	4	0	2	0	0	2	29
1	4	3	0	8	0	2	0	0	2	0	1	1	0	2	20
2	4	3	1	10	1	0	0	2	3	1	0	0	0	1	37
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
11	13	15	5	44	9	6	5	6	26	1	3	2	0	6	132
2	2	1	2	7	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	20
1	1	2	0	4	5	1	1	0	7	1	1	1	0	3	32
1	1	3	0	5	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	13
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	1	0	0	3	14
1	0	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6
16	17	16	8	57	11	10	9	6	36	5	6	0	3	14	198
150	190	188	98	626	94	67	78	47	286	28	33	16	16	93	1,920

図表Ⅱ-1-78　関連診療科×事故の治療の程度

関連診療科(注)×事故の治療の程度	濃厚な治療					軽微な治療					なし					総計
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
内科	16	14	9	9	48	17	23	19	15	74	5	1	5	0	11	133
麻酔科	8	6	6	5	25	6	1	3	2	12	3	3	0	0	6	43
循環器内科	21	13	7	9	50	5	15	7	6	33	2	4	2	1	9	92
神経科	7	4	4	3	18	6	7	13	5	31	0	0	0	1	1	50
呼吸器内科	8	11	10	7	36	7	13	11	11	42	3	5	0	1	9	87
消化器科	26	15	14	13	68	12	17	22	7	58	4	5	5	3	17	143
血液内科	2	2	2	0	6	2	5	2	0	9	1	0	2	0	3	18
循環器外科	2	1	4	0	7	1	1	2	0	4	0	0	0	0	0	11
アレルギー科	0	0	1	0	1	0	1	3	0	4	0	0	0	0	0	5
リウマチ科	0	0	1	0	1	3	1	0	1	5	0	0	0	0	0	6
小児科	7	4	4	10	25	15	15	28	16	74	2	3	3	0	8	107
外科	21	20	25	13	79	17	18	12	7	54	5	5	7	1	18	151
整形外科	23	29	22	14	88	30	41	50	30	151	3	7	3	4	17	256
形成外科	3	0	1	0	4	2	5	2	2	11	0	0	0	0	0	15
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	11	13	5	7	36	6	12	14	4	36	2	1	0	1	4	76
呼吸器外科	2	5	3	2	12	3	4	5	3	15	4	1	1	0	6	33
心臓血管外科	19	15	11	7	52	3	1	4	2	10	1	4	0	1	6	68
小児外科	2	0	3	1	6	3	2	2	1	8	0	0	2	0	2	16
ペインクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	5	0	4	2	11	0	3	3	2	8	0	0	0	0	0	19
泌尿器科	9	7	7	4	27	5	6	7	3	21	2	1	2	0	5	53
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	5	5	2	1	13	0	4	4	2	10	0	1	3	0	4	27
産科	0	0	1	2	3	1	1	1	0	3	1	0	0	0	1	7
婦人科	6	8	4	1	19	3	2	1	2	8	2	0	0	0	2	29
眼科	1	0	4	1	6	2	6	3	0	11	1	2	0	0	3	20
耳鼻咽喉科	4	5	5	3	17	5	8	3	2	18	1	0	1	0	2	37
心療内科	0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	3
精神科	8	9	16	7	40	16	23	20	13	72	7	7	5	1	20	132
リハビリテーション科	2	2	1	0	5	2	2	5	4	13	0	0	1	1	2	20
放射線科	5	5	2	4	16	5	3	4	0	12	3	0	1	0	4	32
歯科	0	0	1	0	1	3	1	2	2	8	1	1	2	0	4	13
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	6	3	1	0	10	2	1	0	1	4	0	0	0	0	0	14
不明	0	1	1	0	2	1	0	1	1	3	0	0	0	1	1	6
その他	27	27	30	15	99	23	27	15	18	83	5	4	4	3	16	198
合　計	256	225	211	140	832	206	269	268	164	907	58	55	49	19	181	1,920

（注）「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-79　発生要因×事故の概要

発生要因(注)×事故の概要	指示出し					薬　剤					輸　血					治療・処置					医療用具等 医療機器				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
確認を怠った	2	1	2	5	10	17	14	28	10	69	2	1	1	0	4	40	32	35	18	125	3	10	5	1	19
観察を怠った	0	0	0	0	0	3	2	9	4	18	0	0	0	0	0	28	15	18	10	71	1	0	1	1	3
判断を誤った	0	0	1	1	2	6	6	8	2	22	1	1	1	0	3	35	27	25	22	109	0	1	1	0	2
知識が不足していた	0	1	0	4	5	3	6	11	4	24	2	1	0	1	4	12	8	5	4	29	0	0	3	1	4
技術・手技が未熟だった	0	0	0	1	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	20	17	14	13	64	0	2	1	0	3
報告が遅れた	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	0	0	0	0	0	5	2	2	1	10	0	0	0	0	0
通常とは異なる身体的条件下にあった	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	10	6	2	4	22	1	1	0	0	2
通常とは異なる心理的条件下にあった	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	2	1	0	3	0	1	0	0	1
システムに問題があった	0	1	0	1	2	2	5	5	2	14	1	1	1	0	3	2	3	4	2	11	1	2	0	0	3
連携が出来ていなかった	0	0	1	2	3	5	5	11	2	23	2	1	0	0	3	10	13	9	4	36	2	2	0	0	4
記録などの不備	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	3	1	2	7	0	0	1	0	1
患者の外見・姓名が似ていた	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
勤務状況が繁忙だった	0	0	0	2	2	2	1	6	0	9	0	1	0	0	1	3	0	1	1	5	0	0	1	0	1
環境に問題があった	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	4	1	4	0	9	1	0	1	0	2
医薬品の問題	0	0	0	0	0	2	5	5	1	13	0	0	0	0	0	1	3	0	0	4	0	0	0	0	0
医療機器の問題	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7	3	1	1	12	2	7	3	0	12
諸物品の問題	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	5	1	0	9	0	1	0	0	1
施設・設備の問題	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1	0	0	4	0	0	0	0	0
教育・訓練に問題があった	0	0	0	1	1	3	3	6	3	15	0	1	0	0	1	9	7	7	3	26	2	1	0	0	3
説明不足	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	0	1	0	0	1	12	9	3	3	27	0	2	0	0	2
その他	0	1	0	0	1	0	2	1	1	4	0	0	0	0	0	47	41	32	20	140	2	1	2	1	6
合　計	2	4	4	17	27	46	53	97	33	229	8	10	3	1	22	252	198	165	108	723	15	31	19	4	69

(注)「発生要因」は複数回答が可能である。

医療用具等										検　査					療養上の世話					その他					総　計
ドレーン・チューブ類					歯科医療用具等																			
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
10	11	17	4	42	2	2	0	0	4	8	3	2	1	14	27	32	26	18	103	8	8	7	3	26	416
7	16	17	5	45	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	63	80	84	52	279	6	12	7	6	31	449
8	15	13	4	40	0	0	0	0	0	2	3	1	1	7	63	60	58	43	224	4	12	7	8	31	440
1	5	9	1	16	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	6	12	9	14	41	2	4	2	2	10	135
4	6	6	2	18	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	10	17	18	7	52	1	2	4	1	8	150
1	1	2	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	3	4	5	14	1	1	1	0	3	35
1	1	3	1	6	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	9	8	18	5	40	0	2	2	3	7	81
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	1	7	3	2	1	1	7	21
0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	3	2	0	0	5	1	0	3	1	5	49
1	3	4	1	9	1	0	0	0	1	3	2	1	0	6	20	23	15	8	66	2	7	2	3	14	165
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	4	1	0	5	0	1	0	0	1	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	5	7	6	3	21	1	1	0	0	2	46
0	1	2	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	15	22	23	12	72	3	5	6	1	15	104
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	5	6	1	2	2	11	0	0	0	0	0	33
0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	1	0	0	4	33
1	2	2	1	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	6	3	3	3	15	0	0	2	0	2	35
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	7	5	7	23	2	1	2	0	5	35
0	4	5	0	9	0	0	0	0	0	3	2	2	0	7	14	9	13	13	49	2	0	4	0	6	117
0	2	4	0	6	0	0	1	0	1	1	1	0	1	3	28	28	33	20	109	2	9	0	4	15	167
1	4	2	4	11	0	1	0	0	1	6	4	3	3	16	38	47	44	30	159	24	41	30	14	109	447
36	75	90	25	226	3	3	2	0	8	34	24	12	9	79	320	368	365	243	1,296	65	109	80	47	301	2,980

図表Ⅱ-1-80　発生場所×事故の概要

発生場所×事故の概要	指示出し					薬　剤					輸　血					治療・処置					医療用具等 医療機器				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
外来診察室	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	3	0	1	1	5	0	0	1	0	1
外来処置室	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	0	1	0	0	1	3	2	5	0	10	0	1	0	0	1
外来待合室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
救急外来	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	1	0	0	1
救命救急センター	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	5	0	1	0	1	2
病室	2	1	1	4	8	12	8	23	4	47	0	0	0	1	1	33	27	18	12	90	3	1	4	0	8
病棟処置室	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	2	2	1	8	0	0	1	0	1
手術室	0	0	0	0	0	3	2	1	1	7	0	0	0	0	0	59	39	37	29	164	2	7	2	0	11
ICU	0	0	1	0	1	0	1	1	1	3	1	0	0	0	1	1	6	3	3	13	0	3	0	1	4
CCU	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	4	0	0	0	0	0
NICU	0	0	1	0	1	0	1	2	1	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	2
検査室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	1	3	11	0	0	0	0	0
カテーテル検査室	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	13	4	5	27	0	0	0	0	0
放射線治療室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	4	0	0	0	0	0
放射線撮影室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	3	0	11	0	0	1	0	1
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透析室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	0	0	0	0	0
分娩室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0
機能訓練室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0
トイレ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
廊下	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
浴室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
階段	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	4	1	3	3	11	0	0	1	0	1	14	13	13	7	47	1	2	0	0	3
合　計	2	1	3	5	11	20	16	35	10	81	2	1	1	1	5	141	116	93	62	412	7	17	9	2	35

医療用具等										検　査					療養上の世話					その他					総　計
ドレーン・チューブ類					歯科医療用具等																			
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
1	0	0	0	1	1	1	0	0	2	3	1	0	0	4	0	0	1	0	1	1	2	0	0	3	19
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	2	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	2	1	3	5
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	8
0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	11
14	18	26	6	64	0	0	1	0	1	2	5	2	0	9	101	117	119	80	417	19	29	20	10	78	723
0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2	1	0	2	0	3	18
1	1	1	3	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	4	8	8	6	26	216
0	5	3	1	9	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	2	1	1	2	6	42
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	7
1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	12
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	4	0	2	10	1	1	0	0	2	0	1	0	0	1	25
0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	7
0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	4	1	1	1	7	1	0	0	0	1	0	1	0	1	2	24
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	5	0	0	0	2	2	11
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	15	15	4	49	0	1	1	1	3	52
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	8	15	20	13	56	1	6	2	1	10	69
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	4	3	2	16	1	0	1	0	2	18
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	5	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	11	7	7	27	0	2	0	0	2	29
1	2	6	2	11	0	0	0	0	0	2	2	2	3	9	27	28	29	20	104	16	23	12	10	61	247
18	35	38	14	105	2	2	1	0	5	17	13	7	7	44	168	198	203	128	697	47	78	52	34	211	1,606

図表Ⅱ-1-81　事故調査委員会設置の有無×事故の概要

事故調査委員会設置の有無（注1）×事故の概要	指示出し					薬　剤					輸　血					治療・処置					医療用具等 医療機器				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
内部調査委員会設置	1	0	0	0	1	3	0	4	2	9	0	1	0	0	1	19	17	13	6	55	3	7	3	1	14
外部調査委員会設置	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	5	0	0	0	0	0
内部調査委員会設置予定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4	0	1	0	0	1
外部調査委員会設置予定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	4	0	0	0	0	0
既設の医療安全に関する委員会等で対応	1	0	3	3	7	14	12	24	7	57	1	0	1	0	2	91	67	55	31	244	2	6	4	1	13
現在検討中で対応は未定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	7	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	1	1	0	1	6	1	8	1	0	0	1	2	16	23	12	17	68	2	2	1	0	5
未選択（注2）	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
合　計	2	1	3	5	11	20	16	35	10	81	2	1	1	1	5	141	116	93	62	412	7	17	9	2	35

（注１）「事故調査委員会設置の有無」は複数回答が可能である。

（注２）「未選択」とは、「事故調査委員会設置の有無」のチェックボックスを選択していないものを指す。

図表Ⅱ-1-82　事故調査委員会設置の有無×事故の程度

事故調査委員会設置の有無（注1）×事故の程度（注2）	死　亡					障害残存の可能性がある（高い）					障害残存の可能性がある（低い）				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
内部調査委員会設置	5	7	5	6	23	6	7	8	0	21	15	15	12	4	46
外部調査委員会設置	0	0	1	0	1	2	0	1	1	4	0	0	0	0	0
内部調査委員会設置予定	0	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	0	1	0	1
外部調査委員会設置予定	2	0	0	0	2	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0
既設の医療安全に関する委員会等で対応	21	22	20	9	72	25	29	25	15	94	86	97	96	52	331
現在検討中で対応は未定	0	0	1	1	2	0	0	0	2	2	2	1	3	0	6
その他	3	2	1	4	10	2	7	2	6	17	19	25	16	22	82
未選択	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	4
合　計	41	33	33	25	132	38	48	38	25	149	124	143	134	79	480

（注１）「事故調査委員会設置の有無」は複数回答が可能である。

（注２）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注３）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

医療用具等										検　査					療養上の世話					その他					総　計
ドレーン・チューブ類					歯科医療用具等																			
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
0	4	3	2	9	0	0	0	0	0	3	1	1	1	6	11	17	16	8	52	4	7	3	3	17	164
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	6
17	26	29	9	81	1	0	1	0	2	12	8	5	2	27	118	137	155	99	509	23	46	38	14	121	1,063
1	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	1	3	6	4	2	15	0	0	1	0	1	27
0	3	4	3	10	0	1	0	0	1	1	2	0	2	5	28	31	20	11	90	16	24	8	15	63	253
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	2	2	4	2	10	2	0	0	0	2	18
18	35	38	14	105	2	2	1	0	5	17	13	7	7	44	168	198	203	128	697	47	78	52	34	211	1,606

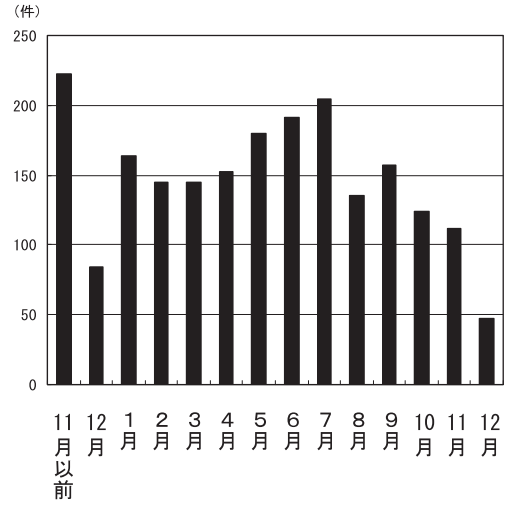
障害残存の可能性なし					障害なし					不明 (注3)					総　計
1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計	
9	18	11	11	49	6	6	6	2	20	3	1	1	0	5	164
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	7
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	6
93	111	115	55	374	50	34	52	28	164	5	9	7	7	28	1,063
3	6	2	1	12	2	3	0	0	5	0	0	0	0	0	27
22	24	22	10	78	11	16	9	5	41	7	13	1	4	25	253
0	2	1	2	5	5	0	2	1	8	1	0	0	0	1	18
129	169	156	84	538	75	60	69	37	241	17	24	12	13	66	1,606

【５】参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

平成２１年１月１日から同年１２月３１日までに参加登録医療機関（報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関）から報告された事例について集計した結果は次の通りである。

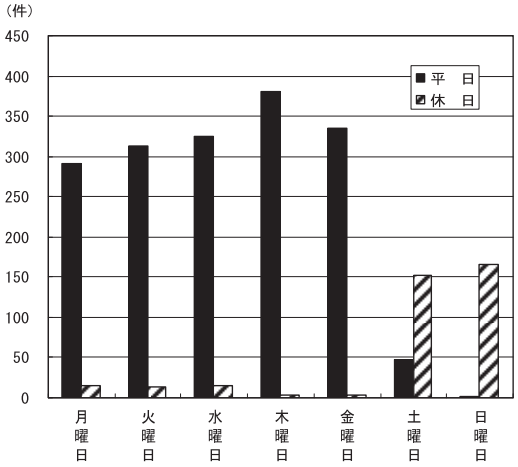
図表Ⅱ-１-８３　発生月

発生月		件　数
平成 20 年	11 月以前	223
	12 月	84
平成 21 年	1 月	164
	2 月	145
	3 月	145
	4 月	152
	5 月	180
	6 月	191
	7 月	205
	8 月	135
	9 月	157
	10 月	124
	11 月	112
	12 月	47
合　計		2,064



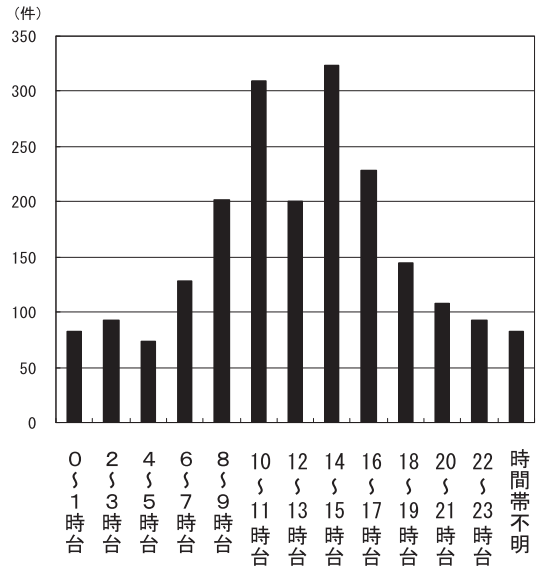
図表Ⅱ-１-８４　発生曜日・曜日区分

発生曜日	平　日	休　日	合　計
月曜日	291	16	307
火曜日	313	14	327
水曜日	324	16	340
木曜日	381	3	384
金曜日	335	4	339
土曜日	48	152	200
日曜日	1	166	167
合　計	1,693	371	2,064



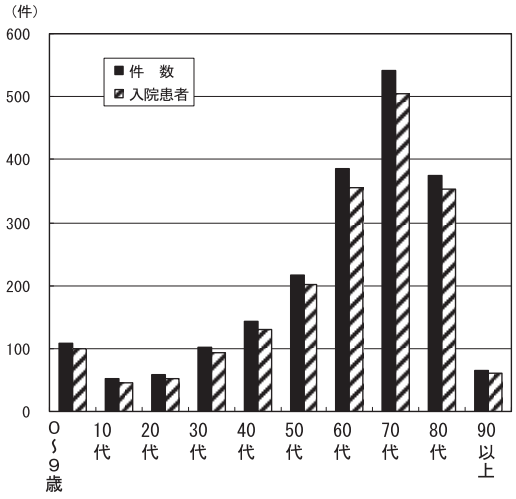
図表Ⅱ-1-85　発生時間帯

発生時間帯	件　数
0～1時台	82
2～3時台	92
4～5時台	73
6～7時台	128
8～9時台	202
10～11時台	309
12～13時台	200
14～15時台	324
16～17時台	228
18～19時台	144
20～21時台	108
22～23時台	92
時間帯不明	82
合　計	2,064



図表Ⅱ-1-86　患者の年齢（注）

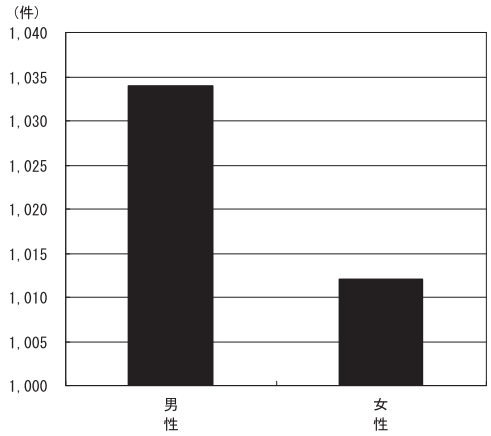
患者の数（注）	患者の年齢	件　数	入院患者
患者1人	0～9歳	108	100
	10代	53	46
	20代	58	52
	30代	101	93
	40代	143	129
	50代	216	201
	60代	386	355
	70代	542	505
	80代	374	353
	90以上	65	60
	合　計	2,046	1,894
患者複数	合　計	18	14
総　計		2,064	1,908



（注）本項目は「患者の数」のチェックボックスの中で「1人」を選択した事例の件数であり、「複数」を選択した事例の件数は含まない。
「複数」を選択した場合は記述情報となるため、患者の数、年齢は必ずしも記載されていないことから集計を行っていない。

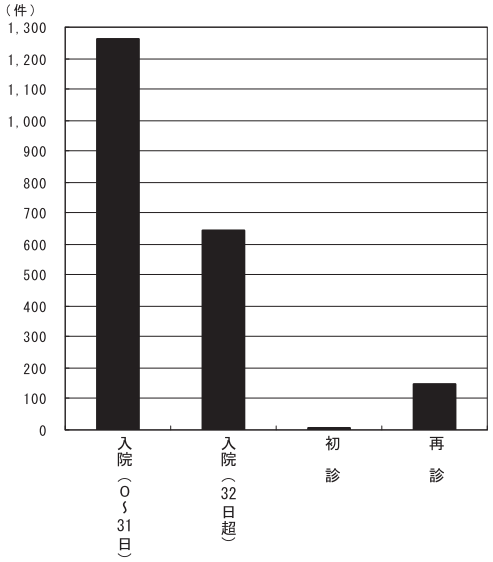
図表Ⅱ-1-87　患者の性別

患者の数	性　別	件　数
1人	男　性	1,034
	女　性	1,012
	合　計	2,046
複　数	合　計	18
総　計		2,064



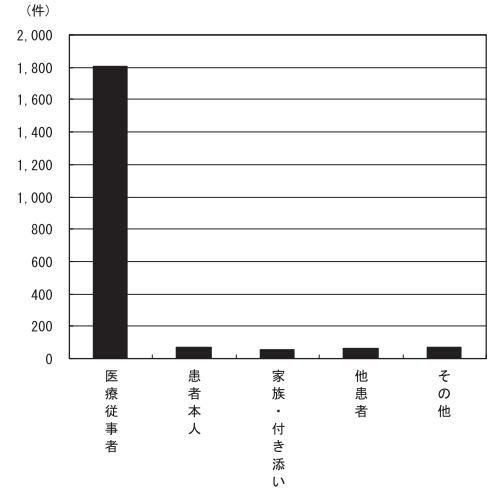
図表Ⅱ-1-88　入院・外来の区分・入院期間

入院・外来の区分		件　数
入　院	入院期間0～31日	1,262
	入院期間32日超	646
	合　計	1,908
外　来	初　診	9
	再　診	147
	合　計	156
総　計		2,064



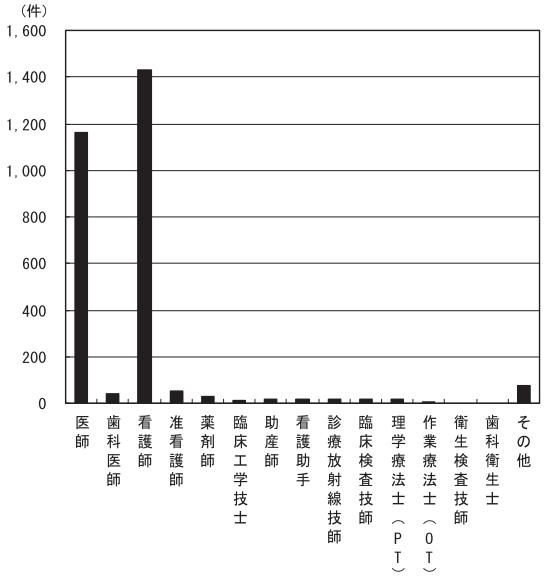
図表Ⅱ-1-89　発見者

発見者	件　数
医療従事者	1,807
患者本人	69
家族・付き添い	53
他患者	62
その他	73
合　計	2,064



図表Ⅱ-1-90　当事者の職種

当事者(注)の職種	件　数
医師	1,164
歯科医師	41
看護師	1,432
准看護師	50
薬剤師	30
臨床工学技士	10
助産師	18
看護助手	15
診療放射線技師	18
臨床検査技師	15
理学療法士（PT）	20
作業療法士（OT）	5
衛生検査技師	0
歯科衛生士	2
その他	77
合　計	2,897



（注）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-91　当事者（医師・歯科医師・看護師・薬剤師）の職種別経験年数

当事者(注)の職種×職種経験年数	0年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11～20年	21～30年	30年超	合　計
医師	35	23	48	65	58	61	50	62	56	42	53	404	171	36	1,164
歯科医師	3	4	2	1	0	1	2	0	0	2	3	13	10	0	41
看護師	121	119	118	116	100	94	49	34	38	43	49	267	212	72	1,432
薬剤師	2	1	4	2	1	1	1	1	1	1	1	7	6	1	30

（注）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

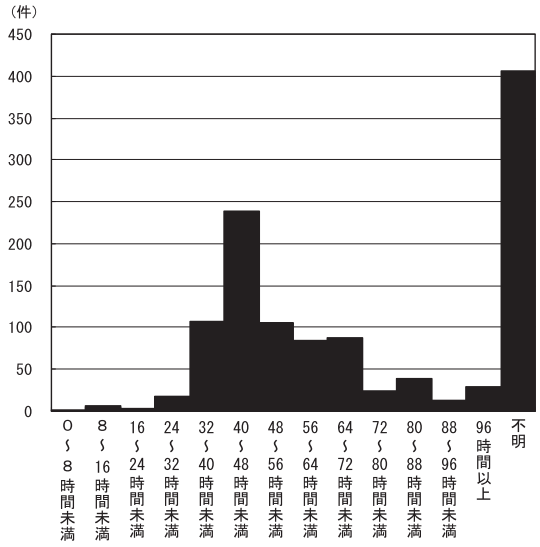
図表Ⅱ-1-92　当事者（医師・歯科医師・看護師・薬剤師）の部署配属年数

当事者(注)の職種×部署配属年数	0年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11～20年	21～30年	30年超	合　計
医師	276	136	105	110	70	62	47	48	45	30	28	147	55	5	1,164
歯科医師	5	3	4	3	1	4	2	0	3	3	0	9	4	0	41
看護師	344	291	222	187	144	86	45	31	17	6	10	41	7	1	1,432
薬剤師	6	6	4	3	1	1	2	2	0	0	1	2	2	0	30

（注）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-93　当事者（医師）（注1）の勤務時間（直前一週間）（注2）

勤務時間	平成 21 年 1～12 月
0～8 時間未満	1
8～16 時間未満	7
16～24 時間未満	4
24～32 時間未満	18
32～40 時間未満	107
40～48 時間未満	239
48～56 時間未満	105
56～64 時間未満	84
64～72 時間未満	88
72～80 時間未満	24
80～88 時間未満	39
88～96 時間未満	13
96 時間以上	29
不　明	406
合　計	1,164
平均勤務時間（不明を除く）	52.6

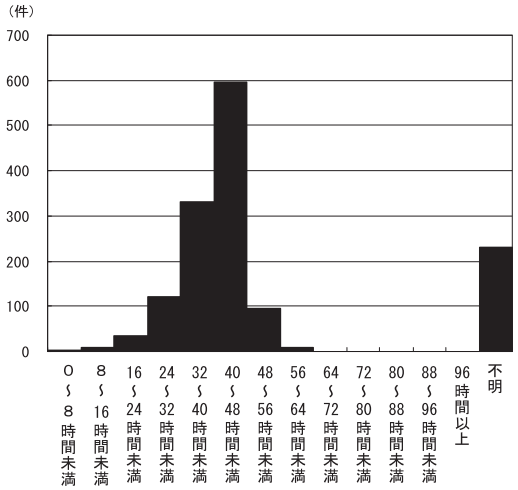


（注1）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

（注2）勤務時間には院内のみではなく、院外での勤務時間が含まれている可能性がある。

図表Ⅱ-1-94　当事者（看護師）（注1）の勤務時間（直前一週間）（注2）

勤務時間	平成 21 年 1～12 月
0～8 時間未満	3
8～16 時間未満	8
16～24 時間未満	34
24～32 時間未満	121
32～40 時間未満	332
40～48 時間未満	595
48～56 時間未満	96
56～64 時間未満	8
64～72 時間未満	1
72～80 時間未満	1
80～88 時間未満	1
88～96 時間未満	0
96 時間以上	1
不　明	231
合　計	1,432
平均勤務時間（不明を除く）	37.5

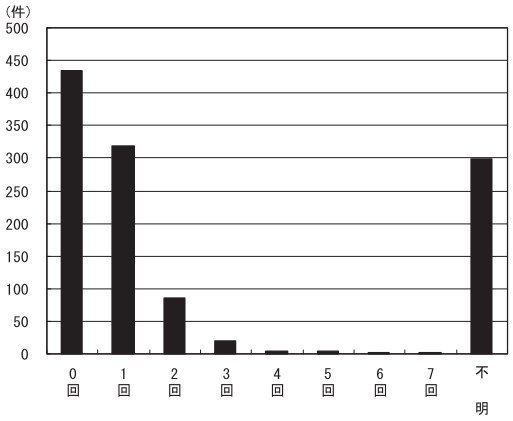


（注1）当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

（注2）勤務時間には院内のみではなく、院外での勤務時間が含まれている可能性がある。

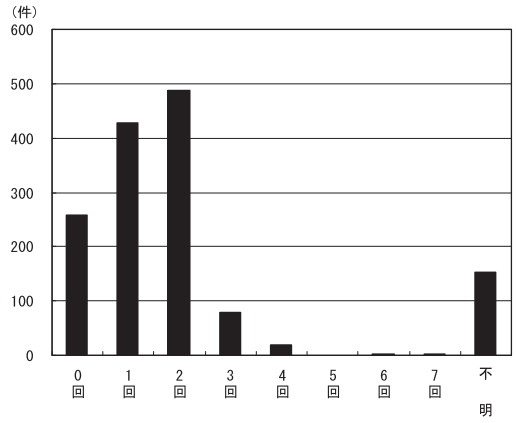
図表Ⅱ-1-95　当事者（医師）の夜勤回数（直前一週間）

夜勤回数	平成 21 年 1～12 月
0 回	434
1 回	319
2 回	86
3 回	19
4 回	3
5 回	3
6 回	1
7 回	1
不　明	298
合　計	1,164
平均夜勤回数（不明を除く）	0.68



図表Ⅱ-1-96　当事者（看護師）の夜勤回数（直前一週間）

夜勤回数	平成 21 年 1～12 月
0 回	259
1 回	429
2 回	488
3 回	79
4 回	19
5 回	0
6 回	3
7 回	2
不　明	153
合　計	1,432
平均夜勤回数（不明を除く）	1.37



図表Ⅱ-1-97　事故の概要

事故の概要	平成21年 1月～12月	
	件　数	%
指示出し	15	0.7
薬剤	122	5.9
輸血	7	0.3
治療処置	579	28.1
医療用具等	193	9.4
医療機器	51	2.5
ドレーン、チューブ類	135	6.5
歯科医療用具	7	0.3
検査	68	3.3
療養上の世話	813	39.4
その他	267	12.9
合　計	2,064	100.0

図表Ⅱ-1-98　事故の程度

事故の程度（注1）	平成21年 1月～12月	
	件　数	%
死亡	183	8.9
障害残存の可能性がある（高い）	222	10.8
障害残存の可能性がある（低い）	597	28.9
障害残存の可能性なし	647	31.3
障害なし	332	16.1
不明（注2）	83	4.0
合　計	2,064	100.0

（注1）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注2）「不明」には、報告期日（2週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

図表Ⅱ-1-99　事故の治療の程度

事故の治療の程度	平成21年 1月～12月	
	件　数	%
濃厚な治療（注1）	957	46.4
軽微な治療	877	42.5
なし	230	11.1
合　計	2,064	100.0

（注）医政発第0921001号（平成16年9月21日付）参考1　参照

図表Ⅱ-1-100　発生場所

発生場所	平成21年 1月～12月	
	件　数	%
外来診察室	41	2.0
外来処置室	24	1.2
外来待合室	5	0.2
救急外来	12	0.6
救命救急センター	14	0.7
病室	913	44.2
病棟処置室	23	1.1
手術室	302	14.6
ICU	57	2.8
CCU	11	0.5
NICU	16	0.8
検査室	35	1.7
カテーテル検査室	43	2.1
放射線治療室	7	0.3
放射線撮影室	37	1.8
核医学検査室	0	0.0
透析室	9	0.4
分娩室	6	0.3
機能訓練室	13	0.6
トイレ	66	3.2
廊下	77	3.7
浴室	21	1.0
階段	5	0.2
不明	29	1.4
その他	298	14.4
合　計	2,064	100.0

図表Ⅱ-1-101　関連診療科

関連診療科（注）	平成21年1～12月	
	件　数	%
内科	179	7.2
麻酔科	57	2.3
循環器内科	134	5.4
神経科	55	2.2
呼吸器内科	114	4.6
消化器科	177	7.1
血液内科	24	1.0
循環器外科	21	0.8
アレルギー科	5	0.2
リウマチ科	10	0.4
小児科	139	5.6
外科	187	7.5
整形外科	319	12.9
形成外科	20	0.8
美容外科	0	0.0
脳神経外科	106	4.3
呼吸器外科	41	1.7
心臓血管外科	90	3.6
小児外科	20	0.8
ペインクリニック	1	0.0
皮膚科	24	1.0
泌尿器科	66	2.7
性病科	0	0.0
肛門科	0	0.0
産婦人科	47	1.9
産科	11	0.4
婦人科	38	1.5
眼科	32	1.3
耳鼻咽喉科	55	2.2
心療内科	3	0.1
精神科	157	6.3
リハビリテーション科	25	1.0
放射線科	42	1.7
歯科	15	0.6
矯正歯科	0	0.0
小児歯科	0	0.0
歯科口腔外科	21	0.8
不明	6	0.2
その他	236	9.5
合　計	2,477	100.0

（注）「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-102　発生要因

発生要因 (注)	平成 21 年 1 ～ 12 月	
	件　数	%
確認を怠った	595	15.2
観察を怠った	569	14.6
判断を誤った	551	14.1
知識が不足していた	180	4.6
技術・手技が未熟だった	188	4.8
報告が遅れた	50	1.3
通常とは異なる身体的条件下にあった	100	2.6
通常とは異なる心理的条件下にあった	34	0.9
システムに問題があった	86	2.2
連携が出来ていなかった	219	5.6
記録などの不備	26	0.7
患者の外見・姓名が似ていた	3	0.1
勤務状況が繁忙だった	71	1.8
環境に問題があった	130	3.3
医薬品の問題	40	1.0
医療機器の問題	41	1.1
諸物品の問題	49	1.3
施設・設備の問題	48	1.2
教育・訓練に問題があった	147	3.8
説明不足	216	5.5
その他	560	14.3
合　計	3,903	100.0

（注）「発生要因」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-103　特に報告を求める事例

特に報告を求める事例	平成21年1月～12月	
	件　数	%
汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故	6	0.3
院内感染による死亡や障害	2	0.1
入院中に自殺又は自殺企図	52	2.5
入院患者の逃走	5	0.2
入院中の熱傷	18	0.9
入院中の感電	0	0.0
医療施設内の火災による患者の死亡や障害	1	0.0
間違った保護者の許への新生児の引渡し	7	0.3
本事例は選択肢には該当しない	1,973	95.6
合　計	2,064	100.0

図表Ⅱ-1-104　事故調査委員会設置の有無

事故調査委員会設置の有無（注1）	平成21年1月～12月	
	件　数	%
内部調査委員会設置	299	13.9
外部調査委員会設置	21	1.0
内部調査委員会設置予定	8	0.4
外部調査委員会設置予定	16	0.7
既設の医療安全に関する委員会等で対応	1,437	66.7
現在検討中で対応は未定	34	1.6
その他	314	14.6
未選択（注2）	24	1.1
合　計	2,153	100.0

（注1）「事故調査委員会設置の有無」は複数回答が可能である。
（注2）「未選択」とは、「事故調査委員会設置の有無」のチェックボックスを選択していないものを指す。

図表Ⅱ-1-105　事故の概要×事故の程度

事故の概要×事故の程度(注1)	死　亡	障害の可能性あり（高い）	障害の可能性あり（低い）	障害の可能性なし	障害なし	不明(注2)	合　計
指示出し	0	2	3	6	2	2	15
薬　剤	6	7	22	40	46	1	122
輸　血	0	0	0	3	3	1	7
治療・処置	71	82	164	165	79	18	579
医療用具等	9	18	42	68	48	8	193
医療機器	3	4	11	17	13	3	51
ドレーン、チューブ類	6	14	29	48	33	5	135
歯科医療用具（機器）等	0	0	2	3	2	0	7
検　査	3	9	13	19	21	3	68
療養上の世話	41	72	294	299	88	19	813
その他	53	32	59	47	45	31	267
合　計	183	222	597	647	332	83	2,064

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

図表Ⅱ-1-106　事故の概要×事故の治療の程度

事故の概要×事故の治療の程度	濃厚な治療	軽微な治療	なし	合　計
指示出し	7	4	4	15
薬　剤	30	59	33	122
輸　血	0	3	4	7
治療・処置	369	170	40	579
医療用具等	77	88	28	193
医療機器	17	22	12	51
ドレーン、チューブ類	60	62	13	135
歯科医療用具（機器）等	0	4	3	7
検　査	33	18	17	68
療養上の世話	297	458	58	813
その他	144	77	46	267
合　計	957	877	230	2,064

図表Ⅱ-1-107　事故の程度×事故の治療の程度

事故の程度(注1)×事故の治療の程度	濃厚な治療	軽微な治療	なし	合　計
死亡	141	8	34	183
障害残存の可能性がある（高い）	188	32	2	222
障害残存の可能性がある（低い）	294	269	34	597
障害残存の可能性なし	187	401	59	647
障害なし	93	148	91	332
不明(注2)	54	19	10	83
合　計	957	877	230	2,064

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

図表Ⅱ-1-108　発生場面×事故の程度

発生場面×事故の程度 (注1)	死　亡	障害の可能性がある（高い）	障害の可能性がある（低い）	障害の可能性なし	障害なし合　計	不明 (注2)	合　計
薬剤に関する項目							136
与薬準備	0	1	3	2	2	0	8
その他の与薬準備に関する場面	0	0	0	0	1	0	1
皮下・筋肉注射	0	2	1	3	2	1	9
静脈注射	2	2	5	6	14	0	29
動脈注射	0	0	0	0	0	0	0
末梢静脈点滴	0	3	6	10	9	4	32
中心静脈注射	0	1	0	6	1	0	8
内服	3	1	5	8	10	1	28
点鼻・点眼・点耳	0	0	1	0	0	0	1
その他の処方・与薬に関する場面	0	0	1	3	1	1	6
内服薬調剤・管理	0	0	1	4	3	0	8
注射薬調剤・管理	0	0	0	1	1	0	2
その他の調剤・製剤管理等に関する場面	0	0	0	0	4	0	4
輸血に関する項目							6
血液検査	0	0	0	0	0	0	0
輸血実施	0	0	0	1	2	0	3
その他の輸血に関する場面	0	0	0	1	1	1	3
治療・処置に関する項目							552
開頭	2	3	3	4	3	0	15
開胸	6	5	5	9	4	0	29
開心	4	0	0	2	0	1	7
開腹	5	2	18	14	9	3	51
四肢	2	5	5	9	1	2	24
鏡視下手術	5	4	10	12	4	0	35
その他の手術	1	10	13	14	8	0	46
術前準備	0	0	1	1	0	0	2
術前処置	0	0	2	0	1	0	3
術後処置	1	3	3	3	1	0	11
その他の手術に関する場面	4	9	12	13	12	0	50
全身麻酔（吸入麻酔＋静脈麻酔）	0	2	1	3	1	0	7
局所麻酔	1	0	2	1	1	0	5
吸入麻酔	0	2	1	0	0	0	3
静脈麻酔	0	0	0	0	1	0	1
脊椎・硬膜外麻酔	0	2	3	0	0	0	5
その他の麻酔に関する場面	0	0	0	1	0	0	1
帝王切開	0	0	1	0	0	0	1
その他の分娩・人工妊娠中絶等に関する場面	3	1	3	4	1	0	12
血液浄化療法（血液透析含む）	1	1	4	2	1	0	9
ＩＶＲ（血管カテーテル治療等）	8	6	13	10	5	2	44
放射線治療	0	1	2	0	2	0	5
リハビリテーション	0	0	4	4	2	0	10
観血的歯科治療	0	0	3	0	0	0	3
内視鏡的治療	3	3	9	9	6	0	30
その他の治療に関する場面	8	9	12	5	3	5	42
中心静脈ライン	5	3	9	10	2	1	30

発生場面×事故の程度 (注1)	死　亡	障害の可能性がある（高い）	障害の可能性がある（低い）	障害の可能性なし	障害なし	不明 (注2)	合　計
末梢静脈ライン	0	0	1	8	4	1	14
血液浄化用カテーテル	0	0	0	0	0	0	0
栄養チューブ（NG・ED）	0	0	1	2	1	0	4
尿道カテーテル	0	0	4	1	0	0	5
ドレーンに関する処置	1	2	4	2	1	0	10
創傷処置	0	0	1	0	0	0	1
その他のチューブ類の挿入	2	2	6	4	4	0	18
気管挿管	0	3	0	0	1	1	5
気管切開	3	0	0	0	0	0	3
心臓マッサージ	0	0	0	0	0	0	0
酸素療法	1	0	0	0	0	0	1
その他の救急処置に関する場面	2	0	3	2	1	2	10
医療用具（機器）の使用・管理に関する項目							60
人工呼吸器	1	2	0	8	2	3	16
酸素療法機器	0	0	0	0	2	0	2
人工心肺	0	1	0	0	0	0	1
除細動器	0	0	1	0	0	0	1
ペースメーカー	0	0	0	0	0	0	0
輸液・輸注ポンプ	0	1	1	2	1	0	5
血液浄化用機器	0	0	0	0	0	0	0
心電図・血圧モニター	1	0	0	2	0	0	3
パルスオキシメーター	0	0	0	0	0	0	0
その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する場面	2	2	7	9	9	2	31
その他の歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理に関する場面	0	0	0	0	1	0	1
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目							150
中心静脈ライン	2	1	3	9	7	1	23
末梢動脈ライン	0	2	8	15	4	2	31
気管チューブ	0	4	6	2	8	0	20
気管カニューレ	2	4	0	9	4	0	19
栄養チューブ（NG・ED）	1	1	7	5	1	0	15
尿道カテーテル	0	0	5	2	4	0	11
胸腔ドレーン	0	0	2	3	0	0	5
腹腔ドレーン	0	1	0	1	0	0	2
脳室・脳槽ドレーン	0	0	0	0	0	0	0
皮下持続吸引ドレーン	0	0	0	0	0	1	1
硬膜外カテーテル	0	1	0	0	0	0	1
血液浄化用カテーテル・回路	0	0	0	0	2	0	2
その他ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する場面	3	1	4	8	4	0	20
検査に関する項目							74
採血	0	0	0	4	1	0	5
その他の検体採取	1	3	0	1	4	1	10
その他の生理検査	0	0	0	1	2	0	3
一般撮影	0	1	1	0	0	0	2
MRI	0	0	1	0	3	0	4
血管カテーテル撮影	0	0	1	1	1	0	3
下部消化管撮影	0	1	0	0	0	0	1
その他の画像検査	0	2	5	3	4	1	15

発生場面×事故の程度 (注1)	死　亡	障害の可能性がある（高い）	障害の可能性がある（低い）	障害の可能性なし	障害なし	不明 (注2)	合　計
上部消化管	0	2	3	3	1	0	9
下部消化管	1	0	5	1	1	0	8
気管支鏡	1	0	0	1	2	0	4
その他の内視鏡検査	0	0	0	1	0	0	1
病理検査	0	0	1	0	1	0	2
その他の検査に関する場面	0	0	0	3	3	1	7
療養上の場面に関する項目							813
気管内・口腔内吸引	1	0	0	1	0	0	2
体位変換	1	2	7	9	0	2	21
清拭	0	0	4	3	2	0	9
更衣介助	0	0	5	2	0	0	7
食事介助	4	3	1	2	1	0	11
入浴介助	0	1	1	9	1	0	12
排泄介助	1	1	19	14	8	2	45
移動介助	1	1	9	15	5	1	32
搬送・移送	1	1	4	5	1	1	13
患者周辺物品管理	1	1	1	2	3	0	8
配膳	0	0	1	0	0	0	1
患者観察	4	5	38	23	4	3	77
その他の療養上の世話に関する場面	2	6	35	54	13	5	115
経口摂取	3	4	1	1	2	0	11
その他の給食・栄養に関する場面	0	1	1	0	1	0	3
散歩中	1	4	2	4	1	0	12
移動中	5	13	90	78	18	4	208
外出・外泊中	1	0	1	2	2	0	6
食事中	6	7	1	5	2	0	21
入浴中	0	0	5	3	0	0	8
排泄中	1	6	26	15	8	0	56
就寝中	6	3	8	15	5	0	37
その他の療養生活に関する場面	9	14	30	34	9	2	98
その他	40	20	47	38	23	9	177
未選択 (注3)	7	11	17	25	20	16	96
合　計	183	222	597	647	332	83	2,064

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

（注３）「未選択」とは「発生場面」のチェックボックスを選択していないものを指す。

図表Ⅱ-1-109　事故の内容×事故の程度

事故の内容×事故の程度 (注1)	死　亡	障害の可能性がある（高い）	障害の可能性がある（低い）	障害の可能性なし	障害なし	不明 (注2)	合　計
薬剤に関する項目							136
処方量間違え	0	0	3	4	1	1	9
過剰与薬	0	3	5	18	12	1	39
投与速度速すぎ	1	0	1	4	4	0	10
患者間違い	0	0	0	3	6	0	9
薬剤間違い	2	0	5	3	3	0	13
投与方法間違い	0	3	0	0	1	0	4
その他の処方・与薬に関する内容	2	3	5	9	14	4	37
数量間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤・製剤管理等に関する内容	0	1	2	2	5	0	10
その他の薬剤・血液製剤管理に関する内容	0	0	2	0	2	1	5
輸血に関する項目							6
クロスマッチ間違い	0	0	0	0	0	0	0
結果記入・入力間違い	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血検査に関する内容	0	0	0	1	1	1	3
その他の血液製剤への放射線照射及び輸血に関する内容	0	0	0	1	2	0	3
治療・処置に関する項目							552
患者間違え	0	0	0	0	3	0	3
部位取違え	0	1	3	8	3	1	16
診療・治療・処置等その他の取違え	0	0	0	1	1	0	2
方法（手技）の誤り	7	9	25	21	5	2	69
未実施・忘れ（治療・処置）	0	0	0	1	2	0	3
不必要行為の実施	0	0	2	1	2	1	6
患者体位の誤り	0	0	4	1	0	0	5
診察・治療等のその他の誤り	4	2	4	8	4	3	25
誤嚥	0	2	1	1	0	1	5
異物の体内残存	0	1	15	23	18	1	58
その他の治療・処置に関する内容	57	63	105	84	42	9	360
医療用具（機器）の使用・管理に関する項目							60
組み立て	0	0	0	0	1	0	1
設定忘れ・電源入れ忘れ	1	0	0	0	1	1	3
故障	0	0	0	2	2	0	4
知識不足	0	0	0	0	1	0	1
警報設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0
警報設定範囲	0	0	0	0	1	0	1
使用前・使用中の点検・管理ミス	0	1	0	3	3	0	7
消毒・清潔操作の誤り（医療用具等）	0	0	1	0	0	0	1
破損（医療用具等）	0	0	2	0	1	0	3
その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する内容	3	5	6	16	5	4	39
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目							150
点滴漏れ	0	2	8	15	2	0	27
自己抜去	1	5	5	8	11	0	30
自然抜去	1	3	0	4	3	1	12
接続はずれ	1	1	0	0	2	0	4
閉塞	0	0	0	4	4	0	8

事故の内容×事故の程度 (注1)	死　亡	障害の可能性がある（高い）	障害の可能性がある（低い）	障害の可能性なし	障害なし	不明 (注2)	合　計
破損・切断	0	0	2	4	2	1	9
接続間違い	0	0	1	1	0	0	2
空気混入	0	0	1	1	0	1	3
その他のドレーン、チューブ類の使用・管理に関する内容	5	4	18	17	10	1	55
検査に関する項目							74
患者取違え（検査）	0	0	0	0	0	0	0
検査手技・判定技術の間違い	0	2	2	1	0	0	5
検体採取時のミス	0	0	0	0	0	0	0
検体取違え（検査）	0	0	1	0	2	1	4
検体紛失	0	0	0	0	0	0	0
検体のコンタミネーション	0	0	0	0	0	0	0
分析機器・器具管理	0	0	0	0	0	0	0
検査機器・器具準備	0	0	0	0	0	0	0
結果報告	0	1	0	2	0	2	5
その他の検査に関する内容	3	6	14	16	21	0	60
療養上の場面に関する項目							813
転倒	12	35	177	150	43	11	428
転落	2	2	20	28	8	0	60
衝突	0	0	6	4	4	0	14
拘束・抑制	0	0	3	2	0	0	5
重度な（筋層Ⅲ度・Ⅳ度に届く）褥瘡	0	3	6	6	0	3	18
誤嚥（療養上）	13	15	1	2	3	0	34
誤飲（療養上）	0	0	0	2	2	0	4
その他の療養上の世話・療養生活に関する内容	17	16	69	92	20	5	219
その他の搬送・移送に関する内容	1	0	4	6	2	1	14
無断外出・外泊	1	1	0	1	0	0	3
その他の自己管理薬に関する内容	0	1	0	2	3	0	6
その他の給食・栄養に関する内容	2	0	4	1	1	0	8
その他	40	20	47	38	23	9	177
未選択 (注3)	7	11	17	25	20	16	96
合　計	183	222	597	647	332	83	2,064

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

（注３）「未選択」とは「事故の内容」のチェックボックスを選択していないものを指す。

図表Ⅱ-1-１１０　発生場所×事故の程度

発生場所×事故の程度（注1）	死　亡	障害の可能性がある（高い）	障害の可能性がある（低い）	障害の可能性なし	障害なし	不明（注2）	合　計
外来診察室	3	6	5	13	10	4	41
外来処置室	0	4	8	7	4	1	24
外来待合室	1	0	2	1	1	0	5
救急外来	2	0	5	3	0	2	12
救命救急センター	4	1	2	5	2	0	14
病室	82	95	271	300	128	37	913
病棟処置室	2	3	8	8	1	1	23
手術室	22	42	79	88	60	11	302
ICU	9	7	11	16	10	4	57
CCU	3	1	4	1	2	0	11
NICU	0	3	2	7	4	0	16
検査室	3	3	12	9	8	0	35
カテーテル検査室	7	11	10	5	9	1	43
放射線治療室	0	0	2	2	3	0	7
放射線撮影室	1	4	15	8	9	0	37
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0
透析室	2	2	1	1	3	0	9
分娩室	0	1	3	1	1	0	6
機能訓練室	0	0	8	4	0	1	13
トイレ	2	6	30	20	8	0	66
廊下	0	6	28	29	12	2	77
浴室	0	0	4	13	3	1	21
階段	0	1	1	3	0	0	5
不明	0	0	10	15	2	2	29
その他	40	26	76	88	52	16	298
合　計	183	222	597	647	332	83	2,064

（注１）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注２）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

図表Ⅱ-1-１１１　発生場所×入院・外来の別

発生場所×入院・外来の別	入　院	外　来	合　計
外来診察室	6	35	41
外来処置室	5	19	24
外来待合室	1	4	5
救急外来	2	10	12
救命救急センター	13	1	14
病室	913	0	913
病棟処置室	23	0	23
手術室	292	10	302
ICU	56	1	57
CCU	11	0	11
NICU	16	0	16
検査室	25	10	35
カテーテル検査室	43	0	43
放射線治療室	6	1	7
放射線撮影室	25	12	37
核医学検査室	0	0	0
透析室	8	1	9
分娩室	6	0	6
機能訓練室	11	2	13
トイレ	66	0	66
廊下	76	1	77
浴室	21	0	21
階段	5	0	5
不明	29	0	29
その他	249	49	298
合　計	1,908	156	2,064

図表Ⅱ-1-1 1 2　関連診療科×事故の概要

関連診療科 (注) ×事故の概要	指示出し	薬剤	輸血	治療・処置	医療機器用具等			検査	療養上の世話	その他	合計
					医療機器	ドレーン・チューブ類	歯科医療用具（機器）等				
内科	2	16	0	27	3	15	0	5	86	25	179
麻酔科	0	7	0	32	2	4	0	1	2	9	57
循環器内科	2	6	0	53	6	9	0	6	39	13	134
神経科	0	0	1	9	1	4	0	1	33	6	55
呼吸器内科	0	6	0	7	4	13	1	4	66	13	114
消化器科	2	9	0	67	2	11	0	13	50	23	177
血液内科	0	5	0	5	0	5	0	0	6	3	24
循環器外科	0	2	1	8	1	0	2	0	3	4	21
アレルギー科	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0	5
リウマチ科	0	1	0	3	0	0	0	0	5	1	10
小児科	4	17	0	17	2	16	0	4	63	16	139
外科	1	10	0	74	4	19	0	5	51	23	187
整形外科	1	9	0	57	4	6	0	1	202	39	319
形成外科	1	2	0	10	0	1	0	0	5	1	20
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	0	0	0	36	2	10	1	3	43	11	106
呼吸器外科	0	1	0	11	0	4	0	4	13	8	41
心臓血管外科	0	3	0	48	7	4	0	2	12	14	90
小児外科	0	1	1	12	0	2	0	0	4	0	20
ペインクリニック	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
皮膚科	1	3	0	3	0	2	0	0	12	3	24
泌尿器科	2	4	1	21	3	4	0	3	23	5	66
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	0	4	1	26	0	1	0	2	4	9	47
産科	0	1	0	5	0	0	0	0	0	5	11
婦人科	0	4	1	18	1	1	0	2	6	5	38
眼科	0	3	0	8	2	0	0	3	12	4	32
耳鼻咽喉科	0	5	0	27	2	7	0	1	8	5	55
心療内科	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3
精神科	0	4	0	7	0	1	0	2	110	33	157
リハビリテーション科	0	1	0	5	0	1	0	0	14	4	25
放射線科	1	2	0	19	2	1	0	7	7	3	42
歯科	0	1	0	7	0	0	3	0	3	1	15
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	0	0	0	18	0	0	0	0	2	1	21
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	6
その他	1	15	2	48	11	18	1	12	89	39	236
合　計	18	144	8	690	59	159	8	81	981	329	2,477

（注）「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-113　関連診療科×事故の程度

関連診療科（注1）×事故の程度（注2）	死　亡	障害の可能性がある（高い）	障害の可能性がある（低い）	障害の可能性なし	障害なし	不明（注3）	合計
内科	18	23	43	62	23	10	179
麻酔科	5	14	9	9	15	5	57
循環器内科	15	17	37	36	24	5	134
神経科	1	5	21	18	9	1	55
呼吸器内科	12	9	35	35	22	1	114
消化器科	15	18	63	48	26	7	177
血液内科	5	0	5	10	3	1	24
循環器外科	2	2	6	6	5	0	21
アレルギー科	0	0	2	3	0	0	5
リウマチ科	0	0	5	4	0	1	10
小児科	3	17	31	59	23	6	139
外科	19	23	47	62	31	5	187
整形外科	15	34	108	117	33	12	319
形成外科	0	2	3	9	5	1	20
美容外科	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	13	14	32	25	15	7	106
呼吸器外科	8	6	12	10	5	0	41
心臓血管外科	18	13	19	23	10	7	90
小児外科	0	3	7	5	3	2	20
ペインクリニック	0	1	0	0	0	0	1
皮膚科	2	1	9	9	2	1	24
泌尿器科	4	4	18	25	10	5	66
性病科	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	2	4	13	13	14	1	47
産科	0	1	6	0	2	2	11
婦人科	0	3	14	11	7	3	38
眼科	0	5	10	12	3	2	32
耳鼻咽喉科	8	11	14	15	6	1	55
心療内科	0	0	3	0	0	0	3
精神科	22	12	36	49	31	7	157
リハビリテーション科	0	1	13	9	2	0	25
放射線科	5	9	11	6	8	3	42
歯科	0	0	6	6	3	0	15
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	2	7	4	2	3	3	21
不明	1	0	2	2	1	0	6
その他	28	22	63	63	45	15	236
合　計	223	281	707	763	389	114	2,477

（注１）「関連診療科」は複数回答が可能である。

（注２）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注３）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

図表Ⅱ-1-114　関連診療科×事故の治療の程度

関連診療科(注) ×事故の治療の程度	濃厚な治療	軽微な治療	なし	合　計
内科	69	89	21	179
麻酔科	35	15	7	57
循環器内科	73	42	19	134
神経科	21	33	1	55
呼吸器内科	51	51	12	114
消化器科	93	64	20	177
血液内科	8	12	4	24
循環器外科	10	7	4	21
アレルギー科	1	4	0	5
リウマチ科	3	7	0	10
小児科	35	90	14	139
外科	102	62	23	187
整形外科	129	169	21	319
形成外科	6	14	0	20
美容外科	0	0	0	0
脳神経外科	58	43	5	106
呼吸器外科	20	15	6	41
心臓血管外科	65	14	11	90
小児外科	9	8	3	20
ペインクリニック	0	1	0	1
皮膚科	12	11	1	24
泌尿器科	33	24	9	66
性病科	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0
産婦人科	22	16	9	47
産科	6	4	1	11
婦人科	25	10	3	38
眼科	13	15	4	32
耳鼻咽喉科	29	23	3	55
心療内科	1	2	0	3
精神科	53	79	25	157
リハビリテーション科	6	17	2	25
放射線科	23	14	5	42
歯科	3	8	4	15
矯正歯科	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0
歯科口腔外科	16	4	1	21
不明	2	3	1	6
その他	117	92	27	236
合　計	1,149	1,062	266	2,477

（注）「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-115　発生要因×事故の概要

発生要因(注)×事故の概要	指示出し	薬剤	輸血	治療・処置	医療用具等			検査	療養上の世話	その他	合計
					医療機器	ドレーン・チューブ類	歯科医療用具				
確認を怠った	14	101	5	185	30	55	4	27	133	41	595
観察を怠った	0	26	1	102	10	56	1	5	323	45	569
判断を誤った	2	30	3	150	5	50	1	12	261	37	551
知識が不足していた	5	35	4	44	5	20	1	3	49	14	180
技術・手技が未熟だった	1	4	0	86	3	21	0	5	60	8	188
報告が遅れた	0	8	0	11	0	4	0	1	22	4	50
通常とは異なる身体的条件下にあった	1	3	0	30	2	8	0	3	44	9	100
通常とは異なる心理的条件下にあった	0	2	1	10	1	2	0	1	8	9	34
システムに問題があった	3	22	4	23	4	4	0	5	8	13	86
連携が出来ていなかった	3	31	3	56	6	10	1	8	76	25	219
記録などの不備	0	4	0	8	1	2	0	3	6	2	26
患者の外見・姓名が似ていた	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	3
勤務状況が繁忙だった	3	13	1	14	1	5	1	4	25	4	71
環境に問題があった	0	2	1	11	4	4	0	2	86	20	130
医薬品の問題	0	18	0	5	0	0	0	5	12	0	40
医療機器の問題	0	1	0	16	14	4	0	0	1	5	41
諸物品の問題	0	2	0	15	3	6	0	3	17	3	49
施設・設備の問題	0	1	0	6	0	1	0	2	30	8	48
教育・訓練に問題があった	1	17	1	38	7	12	0	7	54	10	147
説明不足	0	5	1	41	2	8	1	4	129	25	216
その他	1	8	1	189	7	17	1	21	182	133	560
合　計	34	334	27	1,040	105	289	11	122	1,526	415	3,903

(注)「発生要因」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-1-116　発生場所×事故の概要

発生場所×事故の概要	指示出し	薬剤	輸血	治療・処置	医療用具等			検査	療養上の世話	その他	合計
					医療機器	ドレーン・チューブ類	歯科医療用具				
外来診察室	1	1	1	13	2	2	2	6	1	12	41
外来処置室	0	3	1	15	1	0	1	0	1	2	24
外来待合室	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	5
救急外来	1	1	0	4	1	1	0	1	1	2	12
救命救急センター	0	0	0	6	3	3	0	0	1	1	14
病室	9	75	1	124	12	83	3	12	495	99	913
病棟処置室	0	2	0	9	1	2	0	3	2	4	23
手術室	0	8	0	236	17	7	0	1	1	32	302
ICU	1	4	2	20	5	12	1	0	6	6	57
CCU	0	1	0	7	1	0	0	0	1	1	11
NICU	2	4	0	3	2	4	0	0	1	0	16
検査室	0	0	0	15	0	1	0	16	2	1	35
カテーテル検査室	0	1	0	36	1	2	0	3	0	0	43
放射線治療室	0	0	0	4	0	1	0	0	0	2	7
放射線撮影室	1	1	0	12	2	4	0	12	3	2	37
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透析室	0	0	0	6	0	1	0	1	1	0	9
分娩室	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	6
機能訓練室	0	0	0	4	0	0	0	0	6	3	13
トイレ	0	0	0	1	0	0	0	0	60	5	66
廊下	0	2	0	1	0	0	0	1	61	12	77
浴室	0	0	0	0	0	0	0	0	19	2	21
階段	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	27	2	29
その他	0	19	2	60	3	12	0	12	117	73	298
合　計	15	122	7	579	51	135	7	68	813	267	2,064

図表Ⅱ-1-117　事故調査委員会設置の有無×事故の概要

事故調査委員会設置の有無（注1）×事故の概要	指示出し	薬剤	輸血	治療・処置	医療用具等			検査	療養上の世話	その他	合計
					医療機器	ドレーン・チューブ類	歯科医療用具				
内部調査委員会設置	1	15	1	127	19	16	0	12	72	36	299
外部調査委員会設置	0	2	0	14	0	2	0	1	0	2	21
内部調査委員会設置予定	0	0	0	5	1	0	0	0	1	1	8
外部調査委員会設置予定	0	0	0	9	0	1	0	1	1	4	16
既設の医療安全に関する委員会等で対応	13	93	4	360	28	105	3	47	621	163	1,437
現在検討中で対応は未定	0	1	0	9	0	3	2	1	16	2	34
その他	3	13	3	83	8	11	2	7	112	72	314
未選択（注2）	0	3	0	4	0	1	0	2	12	2	24
合　計	17	127	8	611	56	139	7	71	835	282	2,153

（注１）「事故調査委員会設置の有無」は複数回答が可能である。

（注２）「未選択」とは、「事故調査委員会設置の有無」のチェックボックスを選択していないものを指す。

図表Ⅱ-1-118　事故調査委員会設置の有無×事故の程度

事故調査委員会設置の有無（注1）×事故の程度（注2）	死　亡	障害の可能性がある（高い）	障害の可能性がある（低い）	障害の可能性なし	障害なし	不明（注3）	合　計
内部調査委員会設置	48	51	73	80	32	15	299
外部調査委員会設置	9	11	0	0	0	1	21
内部調査委員会設置予定	1	2	1	3	0	1	8
外部調査委員会設置予定	8	3	1	1	0	3	16
既設の医療安全に関する委員会等で対応	117	145	427	467	241	40	1,437
現在検討中で対応は未定	5	2	7	13	7	0	34
その他	21	20	94	98	49	32	314
未選択（注2）	1	1	6	6	9	1	24
合　計	210	235	609	668	338	93	2,153

（注１）「事故調査委員会設置の有無」は複数回答が可能である。

（注２）事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

（注３）「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

2　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の報告

ヒヤリ・ハット事例をご報告いただいている医療機関は、定点医療機関とその他の参加登録医療機関とに大別される。平成２１年１２月３１日現在の事業の概況を報告する。

【1】登録医療機関

ヒヤリ･ハット事例収集・分析・提供事業の登録機関は次の通りである。

図表Ⅱ-2-1　定点医療機関の病床規模別・地域別内訳

	医療機関数
参加登録医療機関総数	1,210
うち定点医療機関	232

定点医療機関とは、ヒヤリ･ハット事例収集･分析･提供事業の参加登録医療機関の中から「全般コード化情報」の提供に協力の得られた医療機関をいう。病院規模及び地域に偏りのないように抽出している。第３４回事例発生期間である平成２１年１２月３１日現在の定点医療機関 (注) の病床規模及び地域別の内訳は次の通り。

図表Ⅱ-2-2　定点医療機関の病床規模別・地域別内訳

病床規模	医療機関数
0-99	20
100-199	33
200-299	29
300-399	41
400-499	25
500-599	28
600 以上	56
合　計	232

地　域	医療機関数
北海道	13
東　北	26
関東甲信越	58
東　京	13
東海北陸	35
近　畿	31
中国四国	31
九州沖縄	25
合　計	232

平成２１年１２月３１日現在のヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業参加登録医療機関の定点医療機関の病床数総計は１００，３５４床である。

(注) 資料６「ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業定点医療機関一覧」参照。

【2】報告件数の推移

ヒヤリ・ハット事例収集の概況は以下の通りである。

図表Ⅱ-2-3　報告件数の推移

		第 31 回収集	第 32 回収集	第 33 回収集	第 34 回収集	備考
事例発生月		1 月～3 月	4 月～6 月	7 月～9 月	10 月～ 12 月	
収集期間		2 月 10 日～ 5 月 11 日	5 月 12 日～ 8 月 10 日	8 月 11 日～ 11 月 9 日	11 月 10 日～ 平成 22 年 2 月 8 日	
登録医療機関	参加登録医療機関総数	1,137	1,206	1,210	1,210	
	参加登録医療機関のうち報告のあった医療機関	324	330	314	302	
	定点医療機関（注 1）	234	232	232	232	
	定点医療機関のうち報告のあった医療機関	231	228	230	225	第 31 回報告困難施設 3 施設 第 32 回報告困難施設 2 施設 第 33 回報告困難施設 1 施設 第 34 回報告困難施設 4 施設
報告件数（注 2）	総報告件数	54,584	66,080	62,945	61,682	
	全般コード化情報	53,721	65,046	62,201	60,971	
	記述情報	3,570	6,555	3,601	5,530	
有効件数	全般コード化情報	53,721	65,046	62,201	60,971	
	記述情報	2,418	3,258	3,199	3,219	

（注 1）定点医療機関とは、ヒヤリ・ハット事例収集等事業の参加登録医療機関の中から「全般コード化情報」の提供に協力の得られた医療機関をいう。病院規模及び地域に偏りのないように抽出し、平成２１年１２月３１日現在、２３２施設の協力を得ている。
資料 6「ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧」参照。

（注 2）医療機関からの報告には、①「全般コード化情報」、②「全般コード化情報」+「記述情報」、③「記述情報」の 3 種類がある。
表に示す報告件数の「総報告件数」は① + ② + ③、「全般コード化情報報告件数」は① + ②、「記述情報報告件数」は② + ③を指す。

【3】報告の内容

図表Ⅱ-2-4　発生月

発生月	件　数
1月	17,967
2月	17,141
3月	18,007
4月	21,254
5月	21,506
6月	22,216
7月	23,246
8月	20,681
9月	18,209
10月	21,378
11月	19,946
12月	19,565
月不明	823
合　計	241,939

図表Ⅱ-2-5　発生時間帯

発生時間帯	件　数				
	第31回	第32回	第33回	第34回	合　計
0～1時台	2,939	3,425	3,407	3,354	13,125
2～3時台	2,158	2,563	2,534	2,445	9,700
4～5時台	2,140	2,424	2,337	2,273	9,174
6～7時台	3,687	4,293	4,291	4,182	16,453
8～9時台	6,617	8,056	7,865	7,548	30,086
10～11時台	6,535	8,304	7,865	7,652	30,356
12～13時台	5,410	6,994	6,218	6,136	24,758
14～15時台	5,076	6,516	6,112	5,820	23,524
16～17時台	5,319	7,101	6,509	6,267	25,196
18～19時台	4,966	6,083	5,766	5,740	22,555
20～21時台	3,565	4,066	4,107	3,946	15,684
22～23時台	2,847	3,337	3,282	3,251	12,717
時間帯不明	2,462	1,884	1,908	2,357	8,611
合　計	53,721	65,046	62,201	60,971	241,939

図表Ⅱ-2-6　発生場所

発生場所	件　数				
	第 31 回	第 32 回	第 33 回	第 34 回	合　計
外来診察室	1,171	1,432	1,176	1,188	4,967
外来待合室	127	162	129	127	545
外来その他の場所	636	884	889	807	3,216
救急処置室	226	245	277	246	994
ナースステーション	5,522	7,167	6,682	6,332	25,703
病室	29,532	36,026	34,413	33,402	133,373
処置室	798	1,060	885	941	3,684
浴室	226	260	208	220	914
病棟のその他の場所	1,917	2,295	2,869	2,665	9,746
手術室	1,680	1,983	1,909	1,905	7,477
分娩室	44	87	66	46	243
ICU	1,474	2,060	1,899	1,987	7,420
CCU	323	353	358	335	1,369
NICU	484	817	682	681	2,664
その他の集中治療室	336	281	375	364	1,356
検査室	741	956	888	886	3,471
機能訓練室	211	224	196	201	832
IVR 治療室	25	30	24	45	124
放射線撮影室・検査室	810	938	1,004	887	3,639
核医学検査室	78	88	51	51	268
放射線治療室	42	70	59	69	240
透析室	674	769	777	685	2,905
薬局・輸血部	1,278	1,538	1,415	1,328	5,559
栄養管理室・調理室	413	555	402	429	1,799
トイレ	851	921	820	896	3,488
廊下	787	839	886	794	3,306
階段	15	17	10	12	54
不明	2,203	1,709	1,614	2,183	7,709
その他の場所（院内）	907	1,067	1,028	1,039	4,041
その他の場所（院外）	190	213	210	220	833
合　計	53,721	65,046	62,201	60,971	241,939

図表Ⅱ-2-7　患者の年齢

年　齢	件　数				
	第 31 回	第 32 回	第 33 回	第 34 回	合　計
0 ～ 10 歳	2,851	4,170	3,748	3,642	14,411
11 ～ 20 歳	988	1,128	1,277	1,061	4,454
21 ～ 30 歳	1,578	1,876	1,755	1,723	6,932
31 ～ 40 歳	2,402	3,075	2,835	2,713	11,025
41 ～ 50 歳	2,777	3,329	3,269	3,085	12,460
51 ～ 60 歳	5,841	6,956	6,584	6,318	25,699
61 ～ 70 歳	10,079	12,334	11,871	11,631	45,915
71 ～ 80 歳	13,904	17,132	16,369	16,095	63,500
81 ～ 90 歳	8,468	9,825	9,463	9,567	37,323
91 歳以上	1,390	1,577	1,521	1,614	6,102
患者複数	443	503	451	431	1,828
不　明	3,000	3,141	3,058	3,091	12,290
合　計	53,721	65,046	62,201	60,971	241,939

図表Ⅱ-2-8　患者の性別

性　別	件　数				
	第 31 回	第 32 回	第 33 回	第 34 回	合　計
男　性	28,875	35,334	34,079	33,243	131,531
女　性	22,168	26,984	26,055	25,561	100,768
患者複数	447	557	449	472	1,925
特定できない	2,231	2,171	1,618	1,695	7,715
合　計	53,721	65,046	62,201	60,971	241,939

図表Ⅱ-2-9　患者の心身状態

患者の心身状態 (注)	件　数				
	第 31 回	第 32 回	第 33 回	第 34 回	合　計
意識障害	4,375	5,088	4,871	4,892	19,226
視覚障害	1,138	1,432	1,256	1,195	5,021
聴覚障害	911	1,123	1,060	1,067	4,161
構音障害	955	1,050	1,109	1,080	4,194
精神障害	2,283	2,724	2,629	2,703	10,339
痴呆・健忘	5,423	6,445	6,137	6,201	24,206
上肢障害	2,706	3,167	2,903	2,993	11,769
下肢障害	4,910	6,044	5,326	5,608	21,888
歩行障害	5,695	6,739	6,221	6,112	24,767
床上安静	6,422	8,401	7,630	7,516	29,969
睡眠中	1,058	1,390	1,380	1,384	5,212
せん妄状態	2,566	2,907	2,856	2,875	11,204
薬剤の影響下	3,658	3,926	3,936	3,876	15,396
麻酔中・麻酔前後	1,441	1,891	1,902	1,761	6,995
障害なし	14,961	19,426	19,028	17,674	71,089
不　明	13,901	15,958	15,467	15,816	61,142
その他	5,950	7,630	7,148	6,934	27,662
合　計	78,353	95,341	90,859	89,687	354,240

(注)「患者の心身状態」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-2-10　発見者

発見者	件　数				
	第 31 回	第 32 回	第 33 回	第 34 回	合　計
当事者本人	26,088	31,263	30,259	29,969	117,579
同職種者	15,840	20,397	19,613	18,734	74,584
他職種者	5,399	6,415	5,929	5,919	23,662
患者本人	1,913	2,115	1,974	1,946	7,948
家族・付き添い	1,015	1,138	1,009	1,060	4,222
他患者	952	1,016	973	948	3,889
不　明	1,965	2,111	1,896	1,804	7,776
その他	549	591	548	591	2,279
合　計	53,721	65,046	62,201	60,971	241,939

図表Ⅱ-2-11　当事者の職種

当事者の職種 (注)	件　数				
	第 31 回	第 32 回	第 33 回	第 34 回	合　計
医　師	2,553	3,177	2,788	2,790	11,308
歯科医師	48	78	55	63	244
助産師	630	811	767	716	2,924
看護師	43,341	53,114	51,541	50,212	198,208
准看護師	611	696	731	617	2,655
看護助手	265	350	283	276	1,174
薬剤師	1,524	1,901	1,719	1,649	6,793
管理栄養士	264	271	236	326	1,097
栄養士	265	265	229	267	1,026
調理師・調理従事者	646	812	593	646	2,697
診療放射線技師	685	818	786	746	3,035
臨床検査技師	722	856	752	812	3,142
衛生検査技師	5	5	10	5	25
理学療法士（PT）	244	298	271	276	1,089
作業療法士（OT）	115	135	88	128	466
言語聴覚士（ST）	22	24	32	20	98
歯科衛生士	20	18	11	10	59
歯科技工士	4	3	1	0	8
視能訓練士	8	13	20	15	56
精神保健福祉士	0	0	1	1	2
臨床心理士	3	1	1	7	12
社会福祉士	5	13	13	9	40
介護福祉士	35	64	55	84	238
臨床工学技士	225	247	277	270	1,019
児童指導員・保育士	17	26	24	18	85
事務職員	372	407	450	429	1,658
不　明	7,542	8,599	7,928	8,146	32,215
その他	542	570	500	597	2,209
合　計	60,713	73,572	70,162	69,135	273,582

（注）「当事者の職種」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-2-12　当事者の職種経験年数

当事者の職種経験年数	件　数				
	第 31 回	第 32 回	第 33 回	第 34 回	合　計
0 年	6,936	5,645	8,920	8,235	29,736
1 年	4,894	7,386	6,305	6,059	24,644
2 年	4,424	5,324	5,164	5,056	19,968
3 年	3,518	4,813	4,348	4,081	16,760
4 年	3,073	4,057	3,508	3,437	14,075
5 年	2,798	3,617	3,071	3,024	12,510
6 年	1,856	2,533	2,258	2,196	8,843
7 年	1,576	2,245	1,987	1,946	7,754
8 年	1,426	1,832	1,555	1,369	6,182
9 年	1,352	1,608	1,432	1,488	5,880
10 年	1,726	2,249	1,960	1,940	7,875
11 ～ 20 年	7,633	9,596	8,515	8,444	34,188
21 ～ 30 年	3,995	4,884	4,434	4,418	17,731
30 年超	1,160	1,482	1,384	1,359	5,385
当事者複数	1,685	2,033	1,869	1,966	7,553
年数不明	5,669	5,742	5,491	5,953	22,855
合　計	53,721	65,046	62,201	60,971	241,939

図表Ⅱ-2-13　当事者の部署配属年数

当事者の部署配属年数	件　数				
	第 31 回	第 32 回	第 33 回	第 34 回	合　計
0 年	13,747	14,906	17,230	16,147	62,030
1 年	9,166	12,513	11,159	10,718	43,556
2 年	6,838	8,384	7,745	7,845	30,812
3 年	4,630	6,442	5,578	5,294	21,944
4 年	3,215	4,169	3,523	3,551	14,458
5 年	2,239	3,008	2,625	2,616	10,488
6 年	1,272	1,775	1,563	1,501	6,111
7 年	872	1,261	1,069	1,026	4,228
8 年	686	819	739	679	2,923
9 年	439	555	474	527	1,995
10 年	608	762	590	648	2,608
11 ～ 20 年	1,409	1,658	1,459	1,308	5,834
21 ～ 30 年	446	546	470	404	1,866
30 年超	369	462	394	358	1,583
当事者複数	1,679	2,006	1,847	1,958	7,490
年数不明	6,106	5,780	5,736	6,391	24,013
合　計	53,721	65,046	62,201	60,971	241,939

図表Ⅱ-2-14　ヒヤリ・ハットが発生した場面

発生場面	第31回		第32回		第33回		第34回		合　計	
	件　数	(%)	件　数	(%)	件　数	(%)	件　数	(%)	件　数	(%)
オーダー・指示出し	617	1.1	840	1.3	711	1.1	701	1.1	2,869	1.2
情報伝達過程	1,780	3.3	2,191	3.4	2,097	3.4	1,990	3.3	8,058	3.4
与薬準備	1,246	2.3	1,757	2.7	1,514	2.4	1,503	2.5	6,020	2.5
処方・与薬	10,544	19.6	13,902	21.4	13,748	22.1	12,646	20.7	50,840	21.0
調剤・製剤管理等	1,540	2.9	2,038	3.1	1,819	2.9	1,659	2.7	7,056	2.9
輸血	237	0.4	291	0.4	273	0.4	283	0.5	1,084	0.4
手術	693	1.3	877	1.3	804	1.3	788	1.3	3,162	1.3
麻酔	72	0.1	94	0.1	82	0.1	78	0.1	326	0.1
出産・人工流産	26	0.0	30	0.0	28	0.0	29	0.0	113	0.0
その他の治療	497	0.9	650	1.0	584	0.9	607	1.0	2,338	1.0
処置	369	0.7	500	0.8	533	0.9	464	0.8	1,866	0.8
診察	105	0.2	119	0.2	131	0.2	110	0.2	465	0.2
医療用具（機器）の使用・管理	1,156	2.2	1,422	2.2	1,213	2.0	1,276	2.1	5,067	2.1
ドレーン・チューブ類の使用・管理	7,851	14.6	9,307	14.3	8,887	14.3	9,107	14.9	35,152	14.5
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	13	0.0	11	0.0	11	0.0	15	0.0	50	0.0
検査	3,135	5.8	4,030	6.2	3,999	6.4	3,689	6.1	14,853	6.1
療養上の世話	4,648	8.7	4,989	7.7	4,974	8.0	5,202	8.5	19,813	8.2
給食・栄養	1,491	2.8	1,858	2.9	1,624	2.6	1,741	2.9	6,714	2.8
その他の療養生活の場面	6,385	11.9	6,843	10.5	6,900	11.1	6,736	11.0	26,864	11.1
物品搬送	51	0.1	70	0.1	54	0.1	54	0.1	229	0.1
放射線管理	15	0.0	28	0.0	15	0.0	13	0.0	71	0.0
診療情報管理	462	0.9	613	0.9	584	0.9	564	0.9	2,223	0.9
患者・家族への説明	275	0.5	379	0.6	397	0.6	342	0.6	1,393	0.6
施設・設備	94	0.2	121	0.2	96	0.2	126	0.2	437	0.2
その他	10,419	19.4	12,086	18.6	11,123	17.9	11,248	18.4	44,876	18.6
合　計	53,721	100.0	65,046	100.0	62,201	100.0	60,971	100	241,939	100.0

図表Ⅱ-2-15　ヒヤリ・ハットの影響度

影響度	第 31 回		第 32 回		第 33 回		第 34 回		合　計	
	件　数	(%)	件　数	(%)	件　数	(%)	件　数	(%)	件　数	(%)
実施前発見：患者への影響は小さい（処置不要）	7,718	14.4	10,055	15.5	8,695	14.0	8,945	14.7	35,413	14.6
実施前発見：患者への影響は中等度（処置必要）	2,239	4.2	2,769	4.3	2,816	4.5	2,646	4.3	10,470	4.3
実施前発見：患者への影響は大きい（生命に影響しうる）	591	1.1	484	0.7	429	0.7	422	0.7	1,926	0.8
間違いが実施されたが、患者に影響がなかった	32,673	60.8	39,381	60.5	38,067	61.2	36,839	60.4	146,960	60.7
不　明	4,731	8.8	5,078	7.8	5,304	8.5	5,242	8.6	20,355	8.4
その他	5,769	10.7	7,279	11.2	6,890	11.1	6,877	11.3	26,815	11.1
合　計	53,721	100.0	65,046	100.0	62,201	100.0	60,971	100.0	241,939	100.0

図表Ⅱ-2-16　発生要因

発生要因 (注)	第 31 回		第 32 回		第 33 回		第 34 回		合　計	
	件　数	(%)	件　数	(%)	件　数	(%)	件　数	(%)	件　数	(%)
確認が不十分であった	32,906	24.3	41,938	24.0	38,945	23.8	38,250	23.7	152,039	24.0
観察が不十分であった	17,373	12.8	20,650	11.8	19,674	12.0	19,626	12.2	77,323	12.2
判断に誤りがあった	11,096	8.2	13,792	7.9	13,510	8.3	13,157	8.2	51,555	8.2
知識が不足していた・知識に誤りがあった	3,658	2.7	5,964	3.4	5,505	3.4	4,896	3.0	20,023	3.1
技術（手技）が未熟だった・技術（手技）を誤った	3,098	2.3	4,396	2.5	3,897	2.4	3,613	2.2	15,004	2.4
報告等（忘れた・不十分・間違い・不適切）	2,721	2.0	4,164	2.4	3,746	2.3	3,539	2.2	14,170	2.2
身体的状況（寝不足・体調不良等）	2,093	1.5	2,768	1.6	2,564	1.6	2,452	1.5	9,877	1.6
心理的状況（慌てていた・思い込み等）	13,745	10.1	18,085	10.3	16,886	10.3	16,235	10.1	64,951	10.2
システム	2,309	1.7	3,291	1.9	2,739	1.7	2,860	1.8	11,199	1.8
連　携	6,455	4.8	8,509	4.9	7,868	4.8	7,968	4.9	30,800	4.9
記録等の記載	1,420	1.0	2,203	1.3	2,019	1.2	2,028	1.3	7,670	1.2
患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似	203	0.1	259	0.1	221	0.1	235	0.1	918	0.1
勤務状況	12,519	9.2	15,057	8.6	14,402	8.8	14,823	9.2	56,801	9.0
環　境	1,563	1.2	2,283	1.3	1,890	1.2	1,903	1.2	7,639	1.2
医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料	1,453	1.1	2,185	1.3	1,895	1.2	1,930	1.2	7,463	1.2
薬　剤	1,552	1.1	2,352	1.3	2,165	1.3	2,120	1.3	8,189	1.3
諸物品	874	0.6	1,240	0.7	1,071	0.7	1,164	0.7	4,349	0.7
施設・設備	562	0.4	1,011	0.6	862	0.5	875	0.5	3,310	0.5
教育・訓練	3,110	2.3	4,582	2.6	3,841	2.3	3,612	2.2	15,145	2.4
患者・家族への説明	6,863	5.1	8,408	4.8	8,299	5.1	8,343	5.2	31,913	5.1
その他	10,079	7.4	11,627	6.7	11,646	7.1	11,686	7.2	45,038	7.1
合　計	135,652	100.0	174,764	100.0	163,645	100.0	161,315	100.0	635,376	100.0

（注）「発生要因」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-2-17　発生要因（詳細）

発生要因 (注)	発生要因詳細	件　数				
		第 31 回	第 32 回	第 33 回	第 34 回	合計
確　認	確認が不十分であった	32,243	41,061	38,132	37,491	148,927
	その他	782	1,021	945	854	3,602
観　察	観察が不十分であった	16,886	19,864	19,057	18,996	74,803
	その他	539	845	661	676	2,721
心理的状況	慌てていた	4,335	5,826	5,449	5,296	20,906
	イライラしていた	313	364	334	325	1,336
	緊張していた	423	1,004	681	553	2,661
	他のことに気を取られていた	2,783	3,766	3,561	3,513	13,623
	思い込んでいた	6,391	8,315	7,933	7,490	30,129
	無意識だった	1,946	2,491	2,337	2,267	9,041
	その他	1,527	1,872	1,712	1,768	6,879
勤務状況	多忙であった	6,701	7,795	7,267	8,069	29,832
	勤務の管理に不備	114	137	150	148	549
	作業が中断した	517	678	690	666	2,551
	当直だった	234	197	201	184	816
	当直明けだった	50	73	80	54	257
	夜勤だった	5,746	6,797	6,555	6,552	25,650
	夜勤明けだった	359	449	523	476	1,807
	その他	814	1,306	1,274	1,138	4,532
判　断	判断に誤りがあった	10,385	12,782	12,627	12,249	48,043
	その他	785	1,089	966	993	3,833
患者・家族への説明	説明が不十分であった	3,141	3,870	3,783	3,994	14,788
	説明に誤りがあった	131	184	157	131	603
	患者・家族の理解が不十分であった	3,786	4,415	4,549	4,520	17,270
	その他	699	1,067	900	917	3,583
連　携	医師と看護職の連携不適切	1,554	1,925	1,806	1,912	7,197
	医師と技術職の連携不適切	101	118	99	120	438
	医師と事務職の連携不適切	23	27	35	25	110
	医師間の連携不適切	160	187	160	162	669
	看護職間の連携不適切	3,646	4,862	4,567	4,548	17,623
	技術職間の連携不適切	332	383	318	346	1,379
	多職種間の連携不適切	577	684	614	678	2,553
	歯科医師と歯科関連職の連携不適切	0	0	0	0	0
	その他	599	969	867	846	3,281
知　識	知識が不足していた	2,749	4,540	4,223	3,634	15,146
	知識に誤りがあった	389	592	600	566	2,147
	その他	617	1,001	872	885	3,375
合　計		112,377	142,556	134,685	133,042	522,660

（注）「発生要因」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-2-18　発生場面×発生要因　第31回

発生場面×発生要因 (注)	確認	観察	判断	知識	技術（手技）	報告等	身体的状況	心理的状況	システム	連携
オーダー・指示出し	521	83	125	86	58	85	53	199	124	195
情報伝達過程	1,550	116	245	138	53	263	50	455	188	462
与薬準備	1,082	137	162	102	97	85	79	400	86	247
処方・与薬	9,096	1,733	1,812	880	591	639	461	3,850	578	1,701
調剤・製剤管理等	1,324	217	195	116	112	68	78	618	92	163
輸　血	184	31	51	46	30	25	10	89	35	65
手　術	498	177	142	93	119	67	31	242	42	169
麻　酔	44	22	21	5	15	4	6	18	4	20
出産・人工流産	17	8	8	3	6	2	2	11	1	8
その他の治療	334	155	155	59	77	41	22	162	20	77
処　置	252	120	99	56	83	41	19	101	27	76
診　察	73	16	26	11	7	7	3	30	6	27
医療用具（機器）の使用・管理	866	325	204	138	164	46	44	336	62	153
ドレーン・チューブ類の使用・管理	3,377	4,818	2,205	332	449	183	204	1,373	101	512
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	7	3	4	1	1	1	1	2	0	1
検　査	2,571	356	575	323	221	278	178	1,215	259	536
療養上の世話	1,790	2,642	1,384	182	202	138	169	742	81	407
給食・栄養	1,306	237	184	92	98	72	54	374	127	268
その他の療養生活の場面	1,631	3,364	1,499	117	107	74	199	727	74	239
物品搬送	38	6	9	9	5	6	4	19	9	15
放射線管理	13	3	3	1	0	0	0	2	3	1
診療情報管理	398	28	61	26	17	41	17	148	52	78
患者・家族への説明	186	34	64	34	14	32	12	74	19	46
施設・設備	50	15	20	7	8	6	4	15	13	8
その他	5,698	2,727	1,843	801	564	517	393	2,543	306	981
合　計	32,906	17,373	11,096	3,658	3,098	2,721	2,093	13,745	2,309	6,455

(注)「発生要因」は複数回答が可能である。

記録等の記載	患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似	勤務状況	環境	医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料	薬剤	諸物品	施設・設備	教育・訓練	患者家族への説明	その他	合計
78	8	147	50	68	69	59	41	106	63	51	2,269
105	9	307	23	19	32	19	14	129	76	31	4,284
65	5	289	33	41	158	37	25	93	70	77	3,370
468	28	2,614	138	155	701	97	58	612	752	433	27,397
66	0	364	27	43	254	22	12	113	29	78	3,991
9	0	43	7	16	8	8	7	50	6	6	726
17	3	104	27	57	12	24	3	65	29	60	1,981
2	0	15	3	4	4	1	2	9	2	8	209
1	0	5	0	1	0	0	0	0	2	0	75
20	1	85	11	15	9	15	9	37	26	55	1,385
15	5	87	14	20	17	16	5	46	28	23	1,150
4	7	22	5	4	2	4	4	8	10	5	281
16	0	200	25	286	12	55	16	118	28	43	3,137
46	5	2,045	196	256	51	117	29	309	1,196	407	18,211
0	0	1	1	6	1	1	0	2	0	1	34
115	45	713	54	88	38	62	25	245	189	147	8,233
45	10	1,108	241	148	52	104	74	258	1,119	325	11,221
41	9	251	25	22	11	27	18	113	59	86	3,474
35	4	1,340	435	79	43	114	84	246	1,814	761	12,986
2	0	11	2	5	3	9	4	12	5	4	177
0	0	1	0	1	0	0	1	4	0	0	33
33	15	87	10	2	3	5	2	53	18	22	1,116
13	3	52	2	7	3	5	4	26	158	7	795
4	0	10	11	6	4	13	30	15	8	8	255
220	46	2,618	223	104	65	60	95	441	1,176	7,441	28,862
1,420	203	12,519	1,563	1,453	1,552	874	562	3,110	6,863	10,079	135,652

図表Ⅱ-2-19　発生場面×発生要因　第 32 回

発生場面×発生要因 (注)	確認	観察	判断	知識	技術（手技）	報告等	身体的状況	心理的状況	システム	連携
オーダー・指示出し	707	101	148	145	63	119	56	243	192	267
情報伝達過程	1,921	170	354	217	84	350	89	574	260	606
与薬準備	1,510	215	261	210	168	177	130	626	154	349
処方・与薬	12,047	2,376	2,470	1,535	995	1,029	672	5,293	790	2,265
調剤・製剤管理等	1,724	261	250	178	182	91	103	850	141	195
輸　血	207	68	66	81	45	36	15	115	50	74
手　術	640	228	182	127	127	96	36	300	44	231
麻　酔	62	22	20	15	17	10	6	30	5	18
出産・人工流産	19	9	9	5	3	1	0	12	1	6
その他の治療	408	197	169	95	89	63	51	216	48	92
処　置	352	161	140	109	107	84	42	189	36	120
診　察	88	20	27	13	10	14	7	42	12	26
医療用具（機器）の使用・管理	1,054	390	247	253	192	98	67	470	110	230
ドレーン・チューブ類の使用・管理	4,296	5,670	2,690	527	628	262	273	1,702	169	741
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	6	3	1	2	1	0	0	2	1	1
検　査	3,380	459	726	489	307	360	181	1,527	339	749
療養上の世話	2,108	2,752	1,508	295	262	207	211	945	164	512
給食・栄養	1,634	260	239	124	111	103	45	472	147	341
その他の療養生活の場面	1,789	3,638	1,624	154	120	113	199	775	82	317
物品搬送	58	3	14	5	5	3	2	27	7	14
放射線管理	17	4	5	1	2	1	2	9	1	7
診療情報管理	530	60	95	55	30	59	34	210	64	99
患者・家族への説明	247	52	91	46	28	55	22	113	36	94
施設・設備	58	15	14	14	13	10	10	21	10	12
その他	7,076	3,516	2,442	1,269	807	823	515	3,322	428	1,143
合　計	41,938	20,650	13,792	5,964	4,396	4,164	2,768	18,085	3,291	8,509

（注）「発生要因」は複数回答が可能である。

記録等の記載	患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似	勤務状況	環境	医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料	薬剤	諸物品	施設・設備	教育・訓練	患者家族への説明	その他	合計
97	8	202	48	83	83	64	45	141	72	71	2,955
163	7	391	47	59	61	44	35	165	145	73	5,815
128	11	463	83	92	256	79	63	200	121	180	5,476
667	47	3,282	255	283	1,015	194	137	1,041	1,056	624	38,073
80	6	475	40	68	361	31	18	159	56	107	5,376
16	0	75	14	18	17	14	10	48	15	15	999
16	3	125	17	82	11	21	5	90	38	69	2,488
2	0	15	1	8	7	2	0	7	4	9	260
0	0	8	0	0	0	1	0	1	2	1	78
46	0	137	30	54	35	30	25	79	57	81	2,002
33	4	128	28	47	24	23	19	68	47	26	1,787
5	7	28	2	2	2	3	2	7	13	8	338
40	3	266	71	403	37	84	38	178	55	67	4,353
93	11	2,407	310	381	108	167	76	457	1,493	440	22,901
0	0	1	0	4	0	2	0	0	0	1	25
171	49	865	101	137	46	73	37	354	208	214	10,772
91	21	1,229	311	157	105	143	134	386	1,261	241	13,043
65	19	315	35	33	19	34	23	144	77	100	4,340
46	5	1,335	527	93	64	121	117	229	1,968	826	14,142
3	1	10	2	4	3	3	5	9	2	5	185
0	1	3	1	3	0	1	2	5	3	3	71
53	15	124	27	25	14	16	16	80	37	33	1,676
27	6	90	21	14	12	15	14	52	201	15	1,251
4	0	16	20	12	3	10	32	19	12	8	313
357	35	3,067	292	123	69	65	158	663	1,465	8,410	36,045
2,203	259	15,057	2,283	2,185	2,352	1,240	1,011	4,582	8,408	11,627	174,764

図表Ⅱ-2-20　発生場面×発生要因　第 33 回

発生場面×発生要因 (注)	確認	観察	判断	知識	技術（手技）	報告等	身体的状況	心理的状況	システム	連携
オーダー・指示出し	573	73	126	72	35	96	44	215	137	215
情報伝達過程	1,821	163	379	239	80	369	95	587	256	593
与薬準備	1,291	181	237	185	145	142	92	572	113	252
処方・与薬	11,602	2,448	2,469	1,479	873	963	591	5,091	624	2,192
調剤・製剤管理等	1,541	218	220	140	110	70	86	742	94	167
輸　血	199	52	63	72	32	27	13	92	29	60
手　術	548	191	129	88	121	62	31	251	39	174
麻　酔	49	22	23	14	16	11	11	32	6	15
出産・人工流産	15	9	6	4	5	4	1	15	1	5
その他の治療	375	165	163	82	76	38	30	192	34	83
処　置	346	184	152	127	128	85	49	205	36	97
診　察	95	17	31	15	6	12	6	40	13	27
医療用具（機器）の使用・管理	906	324	214	174	163	67	50	389	89	187
ドレーン・チューブ類の使用・管理	3,979	5,441	2,730	492	568	243	258	1,637	167	730
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	9	1	3	2	2	1	3	4	2	2
検　査	3,271	461	668	494	279	331	188	1,445	298	750
療養上の世話	2,083	2,770	1,478	273	240	169	197	833	127	457
給食・栄養	1,412	269	233	124	91	102	59	445	113	298
その他の療養生活の場面	1,811	3,572	1,820	178	120	116	231	807	83	316
物品搬送	47	5	7	4	3	6	2	15	2	11
放射線管理	14	4	7	2	3	2	2	8	5	5
診療情報管理	508	52	84	56	31	45	36	214	54	93
患者・家族への説明	261	42	85	48	20	42	6	110	35	72
施設・設備	53	20	13	10	5	13	5	12	9	12
その他	6,136	2,990	2,170	1,131	745	730	478	2,933	373	1,055
合　計	38,945	19,674	13,510	5,505	3,897	3,746	2,564	16,886	2,739	7,868

（注）「発生要因」は複数回答が可能である。

記録等の記載	患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似	勤務状況	環境	医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料	薬剤	諸物品	施設・設備	教育・訓練	患者家族への説明	その他	合計
76	3	150	30	41	43	34	24	87	43	63	2,180
179	10	391	47	55	64	41	35	166	138	67	5,775
110	5	428	62	75	237	60	46	152	91	134	4,610
602	42	3,322	214	211	1,002	166	98	896	975	918	36,778
54	4	400	25	53	310	26	15	150	45	83	4,553
19	0	55	10	5	8	6	3	35	10	28	818
25	1	102	16	63	7	19	1	69	27	86	2,050
3	0	8	3	5	4	3	2	5	7	8	247
1	0	9	2	1	0	1	0	4	0	1	84
23	1	106	22	33	17	16	10	62	43	69	1,640
34	1	136	30	37	25	27	20	57	53	52	1,881
9	7	25	1	1	0	1	0	9	19	6	340
25	1	212	44	305	26	52	30	132	42	58	3,490
96	5	2,210	251	398	112	163	70	409	1,508	464	21,931
1	0	3	1	5	1	3	1	1	1	1	47
147	43	944	59	124	44	67	44	297	260	211	10,425
93	16	1,153	272	179	92	136	121	301	1,179	385	12,554
48	22	309	37	22	14	27	31	107	82	129	3,974
60	10	1,440	472	115	69	118	121	231	2,143	715	14,548
0	1	8	1	6	0	4	0	7	3	0	132
1	0	5	1	1	1	1	0	6	2	1	71
50	16	118	16	18	7	12	13	51	28	36	1,538
9	6	82	5	10	6	10	11	52	202	20	1,134
3	0	15	9	6	0	6	28	7	4	5	235
351	27	2,771	260	126	76	72	138	548	1,394	8,106	32,610
2,019	221	14,402	1,890	1,895	2,165	1,071	862	3,841	8,299	11,646	163,645

図表Ⅱ-2-21　発生場面×発生要因　第34回

発生場面×発生要因 (注)	確認	観察	判断	知識	技術（手技）	報告等	身体的状況	心理的状況	システム	連携
オーダー・指示出し	584	94	147	100	57	103	65	228	158	231
情報伝達過程	1,738	155	322	180	69	286	78	578	268	576
与薬準備	1,276	161	204	133	108	122	98	562	115	244
処方・与薬	10,677	2,120	2,178	1,203	747	806	555	4,517	670	2,080
調剤・製剤管理等	1,425	187	203	137	121	69	107	693	84	169
輸　血	200	43	69	62	34	32	10	106	37	72
手　術	570	179	148	105	108	65	33	277	46	186
麻　酔	47	17	17	9	7	4	6	19	5	13
出産・人工流産	19	4	7	4	3	3	0	9	0	7
その他の治療	390	199	150	59	70	36	28	185	35	86
処　置	308	143	114	77	81	49	31	155	34	92
診　察	84	14	22	9	4	8	3	32	9	30
医療用具（機器）の使用・管理	945	350	259	247	154	90	52	412	87	216
ドレーン・チューブ類の使用・管理	4,053	5,572	2,603	417	541	203	265	1,602	151	703
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	11	4	3	2	1	1	1	6	0	3
検　査	2,999	427	668	449	265	320	182	1,346	311	691
療養上の世話	2,181	2,818	1,541	237	226	175	179	882	121	432
給食・栄養	1,531	324	240	125	125	101	57	421	115	295
その他の療養生活の場面	1,871	3,528	1,697	164	140	130	207	820	89	341
物品搬送	41	10	11	4	10	5	2	22	7	12
放射線管理	10	3	5	1	1	0	0	5	3	3
診療情報管理	464	50	87	57	32	52	27	212	53	94
患者・家族への説明	224	34	95	47	22	42	13	102	35	80
施設・設備	70	18	24	11	15	9	5	28	15	13
その他	6,532	3,172	2,343	1,057	672	828	448	3,016	412	1,299
合　計	38,250	19,626	13,157	4,896	3,613	3,539	2,452	16,235	2,860	7,968

（注）「発生要因」は複数回答が可能である。

記録等の記載	患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似	勤務状況	環境	医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料	薬剤	諸物品	施設・設備	教育・訓練	患者・家族への説明	その他	合計
99	8	191	49	68	77	54	42	114	73	66	2,608
156	7	407	43	41	54	39	30	162	109	74	5,372
98	5	430	57	70	226	59	38	140	96	160	4,402
537	39	3,147	211	209	949	191	114	758	1,010	860	33,578
55	4	406	21	51	308	29	10	124	37	97	4,337
14	4	72	12	12	9	8	5	44	11	25	881
25	3	125	15	77	10	19	5	57	32	77	2,162
1	0	7	5	5	3	2	0	4	4	9	184
1	0	7	0	1	0	0	0	3	3	0	71
28	1	98	18	34	19	22	18	52	58	55	1,641
28	2	120	22	36	17	26	15	49	41	55	1,495
4	5	24	3	1	0	2	2	8	18	8	290
30	0	248	42	326	31	62	35	161	56	83	3,886
92	7	2,328	249	400	98	181	67	351	1,464	409	21,756
0	0	1	0	3	0	0	0	3	0	0	39
133	46	880	79	120	44	66	35	264	197	211	9,733
88	14	1,235	233	157	93	131	99	295	1,283	419	12,839
63	10	284	42	22	18	27	33	137	80	95	4,145
63	6	1,481	506	109	66	136	114	234	1,980	782	14,464
3	1	17	4	4	1	4	2	9	3	2	174
0	0	4	0	1	0	0	0	2	1	0	39
51	17	112	19	21	12	21	14	55	27	37	1,514
17	7	82	8	9	8	9	9	36	156	18	1,053
5	0	15	20	13	5	17	37	24	13	10	367
437	49	3,102	245	140	72	59	151	526	1,591	8,134	34,285
2,028	235	14,823	1,903	1,930	2,120	1,164	875	3,612	8,343	11,686	161,315

図表Ⅱ-2-22　発生場面×発生要因　第31～34回　合計表

発生場面×発生要因 (注)	確認	観察	判断	知識	技術（手技）	報告等	身体的状況	心理的状況	システム	連携
オーダー・指示出し	2,385	351	546	403	213	403	218	885	611	908
情報伝達過程	7,030	604	1,300	774	286	1,268	312	2,194	972	2,237
与薬準備	5,159	694	864	630	518	526	399	2,160	468	1,092
処方・与薬	43,422	8,677	8,929	5,097	3,206	3,437	2,279	18,751	2,662	8,238
調剤・製剤管理等	6,014	883	868	571	525	298	374	2,903	411	694
輸　血	790	194	249	261	141	120	48	402	151	271
手　術	2,256	775	601	413	475	290	131	1,070	171	760
麻　酔	202	83	81	43	55	29	29	99	20	66
出産・人工流産	70	30	30	16	17	10	3	47	3	26
その他の治療	1,507	716	637	295	312	178	131	755	137	338
処　置	1,258	608	505	369	399	259	141	650	133	385
診　察	340	67	106	48	27	41	19	144	40	110
医療用具（機器）の使用・管理	3,771	1,389	924	812	673	301	213	1,607	348	786
ドレーン・チューブ類の使用・管理	15,705	21,501	10,228	1,768	2,186	891	1,000	6,314	588	2,686
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	33	11	11	7	5	3	5	14	3	7
検　査	12,221	1,703	2,637	1,755	1,072	1,289	729	5,533	1,207	2,726
療養上の世話	8,162	10,982	5,911	987	930	689	756	3,402	493	1,808
給食・栄養	5,883	1,090	896	465	425	378	215	1,712	502	1,202
その他の療養生活の場面	7,102	14,102	6,640	613	487	433	836	3,129	328	1,213
物品搬送	184	24	41	22	23	20	10	83	25	52
放射線管理	54	14	20	5	6	3	4	24	12	16
診療情報管理	1,900	190	327	194	110	197	114	784	223	364
患者・家族への説明	918	162	335	175	84	171	53	399	125	292
施設・設備	231	68	71	42	41	38	24	76	47	45
その他	25,442	12,405	8,798	4,258	2,788	2,898	1,834	11,814	1,519	4,478
合　計	152,039	77,323	51,555	20,023	15,004	14,170	9,877	64,951	11,199	30,800

（注）「発生要因」は複数回答が可能である。

記録等の記載	患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似	勤務状況	環境	医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料	薬剤	諸物品	施設・設備	教育・訓練	患者・家族への説明	その他	合計
350	27	690	177	260	272	211	152	448	251	251	10,012
603	33	1,496	160	174	211	143	114	622	468	245	21,246
401	26	1,610	235	278	877	235	172	585	378	551	17,858
2,274	156	12,365	818	858	3,667	648	407	3,307	3,793	2,835	135,826
255	14	1,645	113	215	1,233	108	55	546	167	365	18,257
58	4	245	43	51	42	36	25	177	42	74	3,424
83	10	456	75	279	40	83	14	281	126	292	8,681
8	0	45	12	22	18	8	4	25	17	34	900
3	0	29	2	3	0	2	0	8	7	2	308
117	3	426	81	136	80	83	62	230	184	260	6,668
110	12	471	94	140	83	92	59	220	169	156	6,313
22	26	99	11	8	4	10	8	32	60	27	1,249
111	4	926	182	1,320	106	253	119	589	181	251	14,866
327	28	8,990	1,006	1,435	369	628	242	1,526	5,661	1,720	84,799
1	0	6	2	18	2	6	1	6	1	3	145
566	183	3,402	293	469	172	268	141	1,160	854	783	39,163
317	61	4,725	1,057	641	342	514	428	1,240	4,842	1,370	49,657
217	60	1,159	139	99	62	115	105	501	298	410	15,933
204	25	5,596	1,940	396	242	489	436	940	7,905	3,084	56,140
8	3	46	9	19	7	20	11	37	13	11	668
1	1	13	2	6	1	2	3	17	6	4	214
187	63	441	72	66	36	54	45	239	110	128	5,844
66	22	306	36	40	29	39	38	166	717	60	4,233
16	0	56	60	37	12	46	127	65	37	31	1,170
1,365	157	11,558	1,020	493	282	256	542	2,178	5,626	32,091	131,802
7,670	918	56,801	7,639	7,463	8,189	4,349	3,310	15,145	31,913	45,038	635,376

図表Ⅱ-2-23　発生場面×影響度

発生場面×影響度	患者への影響は小さい					患者への影響は中等度					患者への影響は大きい				
	第31回	第32回	第33回	第34回	合計	第31回	第32回	第33回	第34回	合計	第31回	第32回	第33回	第34回	合計
オーダー・指示出し	144	231	182	168	725	44	45	51	48	188	7	16	13	14	50
情報伝達過程	211	279	241	282	1,013	52	66	81	71	270	17	16	11	20	64
与薬準備	315	433	388	426	1,562	50	79	75	80	284	10	20	16	22	68
処方・与薬	1,234	1,878	1,636	1,553	6,301	326	383	413	384	1,506	137	43	50	44	274
調剤・製剤管理等	593	768	705	674	2,740	120	156	134	123	533	14	29	25	25	93
輸　血	38	63	44	56	201	19	20	24	21	84	12	14	12	17	55
手　術	106	117	116	126	465	66	98	83	95	342	21	26	24	19	90
麻　酔	10	12	9	7	38	11	10	16	10	47	5	0	2	3	10
出産・人工流産	1	2	4	4	11	1	2	0	3	6	0	0	1	0	1
その他の治療	62	86	63	79	290	29	41	41	25	136	7	3	6	3	19
処　置	33	40	44	53	170	17	20	37	24	98	5	6	3	3	17
診　察	21	23	31	22	97	15	7	8	5	35	2	0	1	0	3
医療用具(機器)の使用･管理	144	194	107	156	601	48	60	48	45	201	15	31	24	23	93
ドレーン・チューブ類の使用・管理	589	745	562	607	2,503	415	453	504	457	1,829	93	70	32	37	232
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	5	1	4	2	12	1	0	1	1	3	0	0	0	0	0
検　査	520	714	667	587	2,488	103	126	122	122	473	16	19	23	30	88
療養上の世話	425	528	434	520	1,907	139	207	157	172	675	40	27	43	30	140
給食・栄養	426	491	351	457	1,725	29	60	65	59	213	13	5	5	4	27
その他の療養生活の場面	451	557	547	496	2,051	140	155	182	159	636	59	19	27	24	129
物品搬送	8	19	6	23	56	0	0	2	2	4	1	2	0	1	4
放射線管理	2	10	4	3	19	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
診療情報管理	96	111	105	102	414	16	24	28	30	98	5	3	1	5	14
患者・家族への説明	59	84	64	69	276	10	13	18	15	56	3	1	0	3	7
施設・設備	18	16	15	19	68	4	5	8	8	25	1	2	2	5	10
その他	2,207	2,653	2,366	2,454	9,680	584	739	718	687	2,728	108	132	107	90	437
合　計	7,718	10,055	8,695	8,945	35,413	2,239	2,769	2,816	2,646	10,470	591	484	429	422	1,926

図表Ⅱ-2-24　発生曜日・曜日区分

発生曜日	平日					休日（祝日）				
	第31回	第32回	第33回	第34回	合計	第31回	第32回	第33回	第34回	合計
月曜日	6,177	7,716	6,681	6,484	27,058	255	279	564	560	1,658
火曜日	6,992	8,171	7,348	7,178	29,689	13	258	208	397	876
水曜日	6,648	7,831	8,482	7,202	30,163	276	508	237	417	1,438
木曜日	6,898	8,883	8,400	8,357	32,538	212	26	22	121	381
金曜日	6,498	8,644	8,344	8,162	31,648	439	46	19	12	516
土曜日	2,675	3,125	3,112	3,076	11,988	2,801	2,967	2,929	2,866	11,563
日曜日	444	517	427	434	1,822	4,123	4,696	4,465	4,426	17,710
曜日不明	42	28	27	35	132	1	5	6	4	16
合　計	36,374	44,915	42,821	40,928	165,038	8,120	8,785	8,450	8,803	34,158

間違いが実施されたが、患者に影響がなかった					不明					その他					総　計
第31回	第32回	第33回	第34回	合計	第31回	第32回	第33回	第34回	合計	第31回	第32回	第33回	第34回	合計	
324	408	370	345	1,447	18	51	30	47	146	80	89	65	79	313	2,869
782	981	1,027	912	3,702	588	698	546	566	2,398	130	151	191	139	611	8,058
718	1,010	859	826	3,413	49	74	57	44	224	104	141	119	105	469	6,020
7,437	9,582	9,463	8,658	35,140	689	997	1,216	1,108	4,010	721	1,019	970	899	3,609	50,840
587	820	710	641	2,758	63	73	62	53	251	163	192	183	143	681	7,056
118	149	132	137	536	30	22	36	34	122	20	23	25	18	86	1,084
338	413	363	353	1,467	65	79	108	79	331	97	144	110	116	467	3,162
27	44	28	34	133	10	12	16	6	44	9	16	11	18	54	326
20	18	14	17	69	1	1	4	0	6	3	7	5	5	20	113
295	383	338	343	1,359	37	24	32	30	123	67	113	104	127	411	2,338
217	298	291	272	1,078	29	48	60	43	180	68	88	98	69	323	1,866
48	69	62	69	248	6	4	12	5	27	13	16	17	9	55	465
755	871	786	794	3,206	61	84	94	106	345	133	182	154	152	621	5,067
4,871	5,799	5,636	5,668	21,974	496	578	545	568	2,187	1,387	1,662	1,608	1,770	6,427	35,152
4	7	4	8	23	1	2	0	1	4	2	1	2	3	8	50
2,011	2,472	2,483	2,275	9,241	229	285	335	346	1,195	256	414	369	329	1,368	14,853
2,954	3,106	3,145	3,212	12,417	367	353	497	502	1,719	723	768	698	766	2,955	19,813
875	1,096	1,012	1,056	4,039	44	81	49	52	226	104	125	142	113	484	6,714
4,271	4,344	4,417	4,320	17,352	257	284	280	301	1,122	1,207	1,484	1,447	1,436	5,574	26,864
28	39	31	21	119	6	9	9	3	27	8	1	6	4	19	229
12	16	10	9	47	0	1	0	0	1	1	1	0	1	3	71
277	343	317	310	1,247	30	57	67	51	205	38	75	66	66	245	2,223
146	201	214	178	739	18	25	51	25	119	39	55	50	52	196	1,393
49	66	47	58	220	3	8	5	13	29	19	24	19	23	85	437
5,509	6,846	6,308	6,323	24,986	1,634	1,228	1,193	1,259	5,314	377	488	431	435	1,731	44,876
32,673	39,381	38,067	36,839	146,960	4,731	5,078	5,304	5,242	20,355	5,769	7,279	6,890	6,877	26,815	241,939

不明					総　計
第 31 回	第 32 回	第 33 回	第 34 回	合計	
1,308	1,631	1,491	1,537	5,967	34,683
1,276	1,802	1,623	1,630	6,331	36,896
1,299	1,781	1,784	1,688	6,552	38,153
1,510	1,841	1,766	1,896	7,013	39,932
1,340	1,848	1,770	1,878	6,836	39,000
1,041	1,284	1,321	1,358	5,004	28,555
784	1,038	1,034	1,087	3,943	23,475
669	121	141	166	1,097	1,245
9,227	11,346	10,930	11,240	42,743	241,939

Ⅲ　医療事故情報等分析作業の現況

平成１６年度より開始した当事業において、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例をいずれも収集している。平成１７年から個別のテーマに関する医療事故情報とヒヤリ・ハット事例とを併せて総合的に検討する体制を整え分析を行っている。

1　概況及び専門家部門の活動

【1】分析対象とするテーマの選定状況

分析の対象となるテーマは、①一般性・普遍性、②発生頻度、③患者への影響度、④防止可能性・回避可能性、⑤教訓性といった観点から、専門家の意見を踏まえ選定している。

【2】分析対象とする情報

当事業において報告された医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例のうち、対象とするテーマに関連する情報を抽出し、分析の対象とした。ヒヤリ･ハット事例収集においては、引き続き個別分析班がテーマとして扱う事象に関連するテーマを設定し、記述情報を収集している。

【3】分析体制

医療安全に関する専門家等により構成される分析班において、全ての医療事故情報を参照し、事故事例全体の概要を把握し分析の方向性を検討している。

その他に個別のテーマに関する事例を分析する目的で、テーマ別の分析班会議を開催している。

【4】会議開催状況

本財団の寄附行為に定める小委員会の運営委員会と本事業の総合評価部会の平成２１年１月１日～平成２１年１２月３１日までの開催状況は次の通りである。

（1）運営委員会

運営委員会は平成２１年１月１日～平成２１年１２月３１日までに、３回開催された。

図表Ⅲ-１-１　運営委員会の開催状況

	年　月　日	議　　題
第 12 回	H21/02/23	・医療事故情報収集等事業 平成２１年度事業計画（案）について ・医療事故情報収集等事業 平成２１年度予算（案）について ・薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業　平成21年度事業計画（案）について ・薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業　平成２１年度予算（案）について
第 13 回	H21/05/26	・医療事故情報収集等事業　平成２１年度の実績について ・医療事故情報収集等事業の現況と課題について ・医療事故情報収集等事業システムの再構築等について ・薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業　平成２１年度の実績について

（2）総合評価部会

総合評価部会は平成２１年１月１日～平成21年１２月３１日までに、５回開催された。

図表Ⅲ-１-２　総合評価部会の開催状況

	年　月　日	議　　題
第 23 回	H21/02/09	・医療事故情報収集等事業第１６回報告書（案）について ・医療安全情報の提供医療機関拡大について ・医療事故情報収集等事業システムの再構築等について ・報告のない医療機関への対応について
第 24 回	H21/05/11	・医療事故情報収集等事業　平成２１年度事業計画について ・医療事故情報収集等事業の現状と課題について ・医療事故情報収集等事業第１７回報告書（案）について ・医療事故防止事業部主催研修会について ・医療事故情報収集等事業システムの再構築等について
第 25 回	H21/07/06	・医療事故情報収集等事業平成２０年年報（案）について ・医療事故情報収集等事業における医療安全情報の内容について ・医療事故情報収集等事業システムの再構築等について
第 26 回	H21/08/06	・医療事故情報収集等事業第１８回報告書（案）について ・医療事故情報収集等事業の 2010 年からの報告体制について
第 27 回	H21/11/09	・医療法施行規則に基づく登録分析機関の更新について ・医療事故情報収集等事業第１９回報告書（案）について ・医療事故情報収集等事業参加確認及び参加医療機関拡大の取り組みについて

【５】専門分析班の開催状況

医療安全に関する専門家等で構成される専門分析班を、月に１～２回の頻度で開催し医療事故情報全体の概要を把握し分析の方向性を検討している。

さらに、個別のテーマに関する事例を分析する目的で、月に１～２回の頻度でテーマ別の分析班会議を開催している。

【６】事故事例に対する追加情報の収集

分析班において、医療機関から報告された事例を分析するにあたり、医療機関からさらに詳細な事実関係等の情報をいただく必要があると判断された事例に関しては、医療機関に対し、文書等による問い合わせや、ご協力いただける場合、現地状況確認調査を行っている。ご提供いただいた追加情報の内容は、医療安全対策を検討するために活用している。

平成２１年、医療事故事例に関する文書等による追加情報を１４０件医療機関に依頼し、うち１２５件の回答をいただいた。その内訳を図表Ⅲ-１-３に示す。

また、医療事故の発生した１６医療機関（１８事例）に訪問調査のご協力を依頼し、全てご協力をいただいた。現地状況確認調査の概要を図表Ⅲ-１-４に示す。

図表Ⅲ-１-３　文書による追加情報の依頼の内訳

依頼した事例の内容	件　数
薬剤に関連した事例	58 件
医療機器に関連した事例	43 件
手術に関連した事例	16 件
治療・処置に関連した事例	10 件
療養上の世話に関連した事例	4 件
検査に関連した事例	7 件
輸血に関連した事例	1 件
その他	1 件
合　計	140 件

図表Ⅲ-１-４　現地状況確認調査概要

事例概要 GE021001	
事例概要	患者Ａの心電図は、送信機を使用しセントラルモニターに表示されていた。心電図をモニターする必要のある患者Ｂが入院してきたため、機能上の理由により、患者Ｂは患者Ａが使用していた送信機を使用し、患者Ａは別の送信機とセントラルモニターを使用することとした。この時、看護師は、患者Ａの心電図を受信するためのチャネル番号を変更し忘れた。 その２日後、セントラルモニターに表示された患者Ａの心電図波形（実際には患者Ｂの波形）を見て、患者Ａに一時ペーシングを行った。 終了後、患者Ａとして表示されていた心電図は、患者Ｂのものであり、患者Ｂの心電図波形が両方のモニターに表示されていたことがわかった。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・セントラルモニターの運用方法 ・改善策　等
主な対応者	医療安全管理者（副院長）、診療科医師、当該病棟看護師長、当該病棟看護師主任、臨床工学士、ＲＭ（看護師）、事務担当者
主な知見等	・利便性や故障時の対応等のため、送信機は複数の受信機に送信が可能であった。 ・病棟内に電波が受信しやすい場所と受信し難い場所があり、病棟に複数あるモニターが１箇所に配置されていなかった。 ・医療機器類の請求やメンテナンスは病棟ごとに師長が行っていた。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・各部署の心電図モニターの送信機の設定状況を確認し、送信機は１台の受信機にしか送信できないよう設定した。また、機器類の管理は、当該病棟を最初に順次、中央管理とする予定。 ・病棟内の電波の受信状況を調査した。 ・心電図モニターの取扱説明書をメーカーから取り寄せ、機器に配置した。 ・今後、当該部署に１６画面のモニターを新規購入する予定。
主な意見等	・１６画面のモニターにすると、常にアラームが鳴り続けるという状況も出てくるため、その際の対応について、今後検討したほうがよいのではないか。 ・モニターを装着している患者数が対応できる医療スタッフ数を超えないよう、患者にモニターを装着する際は、その必要性についてもう一度見直したほうがよいのではないか。

事例概要 GE021002	
事例概要	看護師は、患者家族から受け取った薬袋から患者に夕食後にミンザイン２錠、２２時に２錠を投与した。患者は夕食後の２錠のうち１錠は吐き出した為、計３錠を内服した。その後、患者の意識レベルが低下した。 同室の患者より「患者は“薬を半分飲んだ”と言ったのに、看護師は２錠と書いてあると飲ませた」と情報があり、本来は寝る前のみに 1/ ２錠服用しているミンザインを過剰投与（６倍量）したことが分かった。 薬袋の記載は「１日１回２８日分」、「１回服用量２錠」であり、「夕・寝る前」の両方にまたがって丸が付されているように見えた。
訪問調査の目的	・入院し、持参薬を病院側が預かって投薬するまでの出来事の流れ ・事例の背景・要因 ・改善策の実施状況および問題点　等
主な対応者	医療安全担当副院長、薬剤科長、副看護部長、当該病棟看護師長、医療安全管理係長、医事担当者
主な知見等	・患者は事故発生前日、他の病棟に救急で入院し、次の日当該病棟に転棟した。その際、他の病棟看護師から持参薬があることは口頭で申し送りがあったが、薬はあとから当該病棟の看護師が家族より受け取った。 ・入院時、転棟前の病棟で、患者家族は看護師にミンザインの服用は「1/ ２錠」と説明したが､その病棟から当該病棟へミンザインの服用は｢1/ ２錠｣という申し送りはなかった。 ・当該事例では、持参薬表への記載はされておらず、また薬剤科の検薬も受けないていないまま、医師指示録「持参薬続行」の指示があり、看護師は調剤薬局の薬袋を見て、患者に与薬をした。 ・院外調剤薬局の薬袋は１日１回２８日で出されていたが、「夕・寝る前」の両方の印字にかかるように手書きで丸がつけられており、１回服用量は２錠になっていた。この薬袋を見て、当事者看護師は夕食後と眠前に内服するものと思った。 ・ミンザインは当該医療機関の採用薬でなく、看護師は薬の名前も知らなかった。 ・入院時患者から持参薬の情報を得た医師、看護師、薬剤師は、持参薬表へ記載し、主治医がサインをする取り決めとなっているが、看護師がほとんど記載をしており、主治医がサインをしていないまま投薬する現状もある。 ・取り決めでは薬剤科の検薬があるが、薬剤の一包化などで薬剤の種類がわからない時など、薬剤科の関与は限られている。薬剤科は少人数で入院患者を対応しており、対応し切れていない現状がある。看護師は薬剤科の多忙を知っているため依頼するのは「悪い」という気持ちがある。 ・持参薬のルールの遵守について、内科系ではできているが外科系では認識が薄い。持参薬表への主治医のサインの遵守率は約７５％である。
主な意見等	・持参薬に関して、医師の処方と患者の実際の服用など、正しい情報はどう収集すればよいかは、どこの医療機関でも抱えている課題であろう。 ・持参薬について薬剤科の関与を検討してはどうか。 ・持参薬の内容が治療に直接影響する内科系は慎重にチェックするだろうが、外科や整形外科の医師も持参薬のルールの認識を高めていく必要があるのではないだろうか。

事例概要 GE021003	
事例概要	患者は、他院からの紹介により当院精神科を受診していた。患者は、不穏状態となり、救急外来に受診した。当直医は①リスパダール液（1 mg）1 Cap 屯用、②リスパダール 1.5 ㎎（0.5，0.5，0.5）3 ×（朝・昼・夕）を 10 日分処方した。 ②は錠剤の指示であったが、薬剤師は水剤だと思い込み、更に、賦形量を間違え、1 日 3 回の記載を見落とし処方量の 3 倍濃度のリスパダールを調剤（リスパダール 1 ㎎ /mL を 15mL に単シロップ 5mL 合計 20mL を調剤）し、患者に渡した。患者は、4 回内服したところで残量が少ないため、当院に問い合わせたことから、調剤間違いが判った。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・調剤鑑査の方法 ・改善策　等
主な対応者	医療安全管理者（副院長）、診療科医師、薬剤部長、副薬剤部長、RM（看護師）、当該病棟看護師長、医事担当者、事務担当者
主な知見等	・最初に「リスパダール液（1 mg）1 Cap 屯用（水剤）」が処方されたので、次に処方された「リスパダール 1.5㎎（0.5，0.5，0.5）3 ×（朝・昼・夕）（錠剤）」も水剤だと思い込んだ。 ・処方箋には「リスパダール 1.5㎎（0.5，0.5，0.5）3 ×（朝・昼・夕）」と記載されており、散剤と水剤の区別が明確に記載されていなかった。 ・1 回服用量を内規に従い 2 mL にすることに気をとられ、単シロップの賦形量を間違え、1 日 3 回の記載を見落とした。 ・夜間は、薬剤師が 1 人の勤務であるため、1 人でダブルチェックを行っていた。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・調剤の際の確認事項をマニュアルに追加した。 ・水剤調剤時の確認項目として賦形の計算式を記入し、保管することとした。 ・調剤者と鑑査者は確認後捺印することとした。 ・処方箋の記載については、本年オーダリングシステムが入るため院内で統一される。
主な意見等	・処方箋やカルテなどの処方内容の記載方法について院内で見直したほうがよいのではないか。 ・夜間の薬剤部の当直体制について、他職種の理解を得て、夜間の処方箋枚数を調整するなどの取り組みについても検討してはどうか。 ・訪問調査の中から暗黙のルールのようなものがいくつかみられたため、それらを、手順書等に明文化できるように検討してはどうか。

事例概要 GE021004	
事例概要	医師は、オリベス点滴１％ 200mL（希釈型リドカイン 2000 ｍｇ）から 50 ｍｇ（5mL）を抜き取ることを意図して「オリベス点滴用１％ 200 ｍＬ　50㎎＋５％Ｇ 50 ｍＬ １Ｖ」と記載し、30 分で投与する指示をしたが、看護師は、オリベス点滴用１％ 200mL ＋５％ブドウ糖 50 ｍＬを患者に投与した。処置中に主治医が気づき、過量投与が判明した。 看護師は、薬剤を請求する際に、オリベス点滴用１％ 200 ｍＬのリドカインの含量が 50㎎だと思い込んだ。また、看護師はリーダー看護師と共に薬剤と病棟指示箋の照合を行う際、「５％Ｇ 50 ｍＬ、オリベス点滴用、投与速度 30 分」と２人で同時に声に出して読み上げたが、投与量の読み上げと照合を行わなかった。
訪問調査の目的	・当該事例が発生した出来事の流れおよびオーダー画面などの現状 ・事例の背景・要因 ・改善策の実施状況および問題点について　等
主な対応者	院長、医療安全担当副院長、副院長（当該科）、当該病棟看護師長、 医療安全管理課長（看護師）
主な知見等	・指示をした医師、指示を受けたリーダー看護師、当事者看護師ともにオリベス点滴用１％の使用は始めてであった。 ・医師は「リドカイン」を意図して「リドカ」と指示入力したところ､オリベス点滴用１％のみが画面表示された。 ・医師は指示入力の際、コメント欄を使用して 200 ｍＬ（2000 ｍｇ）のうち 50 ｍｇを使用する旨のコメント記載はしなかった。 ・定時薬であれば、薬剤師の鑑査を経る為、当該事例は疑義照会していた可能性が高い。当該病院では、臨時薬は原則として病棟ストック薬を使用し、病棟にない場合は薬剤請求登録画面から使用する薬剤を看護師が入力し請求する。そのため、臨時薬使用に対する薬剤鑑査は用量、用法については行っていない。 ・点滴ラベルは当該看護師が手書きで作製した。当該事例では用量の記載はしなかった。 ・リーダー看護師は「オリベス点滴用１％　200 ｍＬ（希釈用リドカイン）　50 ｍｇ」という指示を見て、オリベス点滴用１％　200 ｍＬは 50 ｍｇと思っていた。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・オリベス点滴用１％の使用を部署により制限した。 ・オーダリングシステム上の薬剤表示、マスターの変更。「リドカ」の入力で「キシロカイン２%（静脈注射）100 ｍｇ /5 ｍＬのみ表示されるようにした。 ・オリベス点滴用１％の外袋に「要注意薬」の注意喚起の表示ラベルを貼付する。 ・要注意医薬品当院管理マニュアルを作製し、点滴作業台の側の壁に貼付した。 ＜その他＞ ・当該医療機関では当該事例後、看護師に対して医薬品知識確認問題の実施調査を行った。回収率は 80％程度。病棟によって提出件数の差がある。まだ結果は出ていないが、現状がわかった。
主な意見等	・当該事例の指示だと医師の意図が伝わりにくい。情報伝達の方法をわかりやすく、コメント欄など活用してはどうか。 ・危険薬だけでも薬剤部で調剤できる仕組みを検討されてはどうか。 ・臨時の点滴ラベルは手書きではなく薬剤部でプリントをすることを検討してはどうか。 ・他の危険薬の問題についても検討をされてはどうか。 ・教育について、e- ラーニングなどのシステムを使用するのはどうか。

事例概要 GE021005	
事例概要緊	麻酔担当医は、全身麻酔を終了する頃、レミフェンタニルの持続投与を終了し、気管チューブを抜去した。その後、手術室内で、麻酔担当医は輸血ボトルが空になっていることに気付き、新しい輸液ボトルに交換した。患者を回復室へ移動中、麻酔担当医と麻酔責任医が患者の意識消失・呼吸停止に気付いた。直ちに用手的人工呼吸を開始し、患者の意識状態は改善した。輸液ライン内に残存していたレミフェンタニルが輸液ボトルの交換により急速過量投与されたことが原因と考えられた。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・改善策　等
主な対応者	副院長（医療安全担当）、麻酔科医（教授と手術部責任者）、ＲＭ看護師、事務担当者
主な知見等	・抜管後に手術室から回復室へ移動させる時の判断基準が明確でなかった。 ・抜管後にレミフェンタニルが急速投与されると呼吸停止を生じる可能性があるという認識が、全ての麻酔科医に周知徹底されていなかった。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・手術終了後に回復室に移送する直前のチェック項目として以下の取り決めを行い、ルート内にレミフェンタニル残存の可能性がなくなってから移送することとした。 ①レミフェンタニル投薬ラインを輸液ラインから切り離して５分以上経過している。 ②　①の確認後、呼吸に異常がなく自発呼吸が確立している。 ③　②の確認後、移送直前に呼吸数を１分間測定する。
主な意見等	・レミフェンタニルをルート内から除去する対策はどのようなものがあるのかについて議論を行った。 ・レミフェンタニル投与終了時に、有色の薬剤（たとえばビタミンB_2など）を同時に投与を検討してはどうか。 ・効果の問題もあるが、投与濃度を薄くすることを検討してはどうか、 ・当該病院の医師からの意見： レミフェンタニルは臨床的に大変有用な薬剤であるため、過度な対応により使用を制限するようなことにならないよう、類似事例の発生を予防する注意喚起をしてほしい。

事例概要 GE021006	
事例概要	当該病院では、これまで、エスカゾールはオーダリングのマスターに入っていない薬剤であったため、エスカゾールの処方は手書きの処方せんにより行われていた。 最近、エスカゾールがマスターに登録され、オーダリング処方ができるようになった。医師は、日曜日に翌日（月曜日）から開始のエスカゾール１日３回１回１錠の指示をオーダリングシステムにより処方した。 薬剤師は、エスカゾールがマスターに登録されたことを知らず、エスカゾールの処方は手書きの処方せんによるものと思い込んでおり、メルカゾールを病棟に払い出した。 病棟の看護師２名はダブルチェックを行ったが、薬剤が違うことに気付かず、２０回患者に投与した。次の処方を行った際、残っていた１錠と再処方された薬剤が違っていたため、エスカゾールを投与すべきところ、メルカゾールを投与したことに気付いた。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・改善策　等
主な対応者	副院長（医療安全担当）、薬剤科長、薬剤師、ＲＭ看護師、事務担当者
主な知見等	・薬剤師は、エスカゾールがマスターに登録され、オーダリング処方できるようになったことを知らなかった。 ・処方箋と薬袋、薬（錠剤そのもの）の照合をしなかった。 ・休日は、調剤、処方鑑査を全て同じ人が行っていた。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・処方箋、薬袋、錠剤そのものの照合を必ず行う。 ・オーダリング画面の表示を全角表示にしたり、複数規格あるものは注意を促す表示を出すなどの工夫を行う。 ・名称が類似している薬剤名の一覧を院内に配布した。 ・病棟の看護師は、分包された錠剤と識別コードを照合する。 ・薬袋や分包している包装袋に薬剤の識別コードを印字するようにした。
主な意見等	・鑑査は、具体的にどのようなことをするかがわかる明確な手順を示してはどうか。 ・確認項目の手順を確立してはどうか。 ・休日業務の中で、平日にシフトできるもの検討し、できるだけ休日処方を減らしてはどうか。 ・疑義照会しやすい環境を構築できるよう検討したほうがよいのではないか。 ・錠剤に印字してある識別コードは、錠剤の正面がわからない場合がある（「１（いち）」と「Ｉ（アイ）」や「Ｍ（エム）」とＷ（ダブル）の見間違えが発生する）。そのため、錠剤に印字してあるコードは照合するものとして確実ではないのではないか。

事例概要 GE021007	
事例概要	会社の健診で胸部異常陰影を指摘され、第二内科受診。放射線科の読影レポートのコメントは「胸部 CT では炎症性変化でも説明可能だが、経過観察を」であった。外来主治医は、肺結核や肺癌を疑い、喀痰・胃液採取などを行ったが有意所見は得られず、画像、炎症所見の経過観察を３ヶ月ごとに行った。 ○月の喀痰検査は有意所見はなかった。その６ヶ月後の受診時提出された喀痰細胞診で肺腺癌（Class Ⅴ）との結果が報告されていたが､外来主治医はそれに気付かず､9 ヵ月後､1 年後の受診時にも患者に説明がされなかった。 他の病気で受診した当院他科での採血で、腫瘍マーカーが高値であり、内科で行った喀痰検査で肺腺癌（Class Ⅴ）の結果が既に報告されていることが他科担当医より内科外来主治医へ伝えられた。患者への検査報告が約５ヶ月遅れた。
訪問調査の目的	・事実の確認、 ・検査の業務工程の確認 ・具体的な改善策　等
主な対応者	医療安全管理部長（医師）医事課長、当該科医師、ＧＲＭ、総務課長、医事課課長補佐
主な知見等	・検査オーダーはオーダリングから行っているが、紙カルテにオーダーをすべて記載しているわけではない。当該事例でも検査をオーダーした際、カルテ記載は「検体提出すみ」のみであった。 ・検査結果は電子画面で報告。ただし、病理・細菌・外注検査は用紙による結果報告と併用している。染色体検査は用紙のみである。 ・用紙による結果報告はクラークなどがカルテに貼付している。カルテの貼付場所は医師が所見を記載する続きではなく、後方に検査結果をまとめて貼付する部分を作っており、医師は診察の際、意識して検査結果の部分を開かないと気付かない。 ・患者は結核を疑っていた為、結核の結果の説明で検査結果を聞いたと納得した。 ・検査はすべての科が混在しており、医師がいつ何の検査を出したか覚えていないと見過してしまう。診療科別にファイリングすることは現状では難しい。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・カルテに検体名、検体提出日、説明日などの入ったスタンプを押し、サインをする。 ・患者の次回予約日の画面に「説明」とコメントを入力する。 ・用紙の病理結果をカルテに貼付する前に外来担当責任医師がチェックする（10 枚程度 / 週）。
主な意見等	・病理部から Class Ⅴのものに関してはなんらかのアラートは出せないだろうか。 ・検査の電子画面で、結果をチェックしていないことがわかる仕組みはできないだろうか ・検査結果を誰がいつ見たかの履歴を残すことも考えてはいかがか。今回の事例は、検査　結果を医師が見ていなかったことと、検査結果を患者に説明しなかったことの２つの落とし穴がある。 ・スタンプだと手間もかかり、押し忘れや記入漏れがある。検体ラベルを出力する際、もう１枚印刷できるようにして、カルテに貼付してはいかがか。 ・事故の分析で業務工程図を書かれているが、アクティビティの方向を示す矢印がどこにも出ていないところがある。行くべき方向が決まっていないあたりが問題なのではないか。

事例概要 GE021008	
事例概要	患児は、HBs キャリア【HBs 抗原（＋）、HBe 抗体（－)】の母より出生した。次の日、産科医は小児科へ依頼し、小児科医によりＨＢＧ（グロブリン）が投与された【HBs 抗原検査：HBs 抗原（－）HBe 抗原（－)】。 産科医は、一般の 1 ヶ月後検診と小児の消化器専門外来の予約を取るべきところ、一般の 1 ヶ月検診のみ予約を取り、小児科外来にて一般の 1 ヶ月検診のみ実施した。その後、患児の母が他病院のパンフレットを見て B 型肝炎母子感染予防対策について疑問もち、小児科外来へ問い合わせた。 確認すると、プロトコールに則ったワクチン接種対応がされていないことがわかった。患児の採血を行い感染【HBs 抗原（－）HBe 抗原（－)】及び肝機能に問題がないことを確認した。母の希望により、プロトコールに合わせ 3 回のワクチン接種を実施することとした。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・情報の伝達について医療機関での取り組み ・改善策　等
主な対応者	医療安全推進室長（医師)、小児科医長、小児科医、産婦人科医、医療安全管理部看護師、看護師、事務担当者
主な知見等	・退院前に保護者へ B 型肝炎母子感染予防対策のスケジュールの説明をしなかった。 ・B 型肝炎ウィルスキャリアの母からの出生児は、退院前に産科医が 1 ヶ月検診よ 2 ヶ月の小児の消化器専門外来の予約を行うことになっていたが、それを忘れた。 ・外来カルテに B 型肝炎母子感染予防対策の対象者であることを明記していなかった。 ＜医療機関の主な改善策＞ いくつかの段階において介入を設け、誰かが気付けるような仕組みを構築した。 ・B 型肝炎母子感染予防対策マニュアルを作成し産科医と小児科医へ周知徹底する。 ・保護者用の B 型肝炎母子感染予防対策資料を作成・配布し、そのスケジュールについて保護者に説明する。 ・退院前に小児科医が 1 ヶ月検診、2 ヶ月の小児の消化器専門外来の予約をとる。 ・小児科外来カルテに B 型肝炎母子感染予防対策の対象者である旨を記載する。

事例概要 GE021009	
事例概要	患者は、心臓バイパス術後の合併症及び脳梗塞の発症により人工呼吸器による呼吸管理を行っていた。また、人工呼吸器離脱のため 1 日 30 分から 2 時間程度ルームエアで過ごしていた。 看護師 2 名（看護師 A と B）が体位交換と呼吸器水抜き作業のため入室した。看護師 A は人工呼吸器のモードを「オン」から「スタンバイ」に切り替え、体位交換を行った。その後、看護師 2 名は、人工呼吸器のモードを「スタンバイ」から「オン」にせず退室した。 その後、看護師 A が経管栄養を確認するため入室したところ、呼吸停止と意識レベル低下を発見し、当該病棟医師と看護師により心肺蘇生を行った。その後、患者は死亡した。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・改善策　　等
主な対応者	病院長、副院長（医療事故防止対策委員長）、副院長（事務管理部門担当）、医療安全管理者（看護師）、当該科医長、総看護師長、臨床工学科科長（臨床工学士）、事務グループ部長代理、事務担当者
主な知見等	・「人工呼吸器総合マニュアル」の中に「スタンバイ」モードに関する注意記述がなく、また、正しい利用目的が周知されていなかった。 ・当該患者も含め、これまで同種のヒヤリ・ハットが複数回起きていたが、当該事例について全ての職員に対し注意喚起がなされていなかった。 ・所有する生体情報モニターの台数に限りがあるため医師が優先順位を付けてモニターを併用するという運用をしていた。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・患者が離床する時以外は「スタンバイ」モードを使用しないことを徹底する。 ・「人工呼吸器総合マニュアル」の内容を見直す。 ・人工呼吸器を装着した患者に必ず生体情報モニターを併用する。
主な意見等	・購入した業者を活用して、より多くの情報を提供してもらってはどうか。 ・当該施設では、重大な事例について事故分析を行っているが、ヒヤリ・ハット事例でも事例に応じて、RCA 分析等行い対策を講じてはどうか。

事例概要 GE021010	
事例概要	患者は悪性リンパ腫疑いで、血球貪食症候群に対する治療目的で免疫抑制剤（サンディミュン＝シクロスポリン）を注射投与していた。 休日、医師は「サンディミュン 15 ｍｇ＋生理食塩水＝ 30 ｍＬ、1 日 2 回（9 時、21 時）それぞれ 6 時間かけて」と指示を出した。次の日 9 時、看護師Ａは病棟薬剤保管庫からサンディミュンを 3 アンプル出し、15 ｍＬ（１Ａ 250 ｍｇ×３Ａ＝ 750 ｍｇ）を準備し看護師Ｂがダブルチェックした。看護師Ａは薬液を調合した時、「サンディミュン 15 ｍｇ・・」と記載した注射ラベルも手書きで作成し注射器に貼付した。ベッドサイドで、看護師ＡとＢは注射箋と注射ラベルとをダブルチェックし、看護師Ａは患者に投与した。 2 日後の 9 時、看護師Ａが前日と同様に準備したところ、看護師Ｃがダブルチェックし間違いに気付いた。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・当該病院での薬剤管理 ・改善策の執行の状況　　等
主な対応者	病院長、臨床医療管理部副部長（医師）、薬剤部長、看護部長、当該科教授医師、医療管理部医師、当該病棟師長、管理部臨床医療ＳＲＭ（看護師）、医事課事務担当者
主な知見等	・看護師Ａは経験年数１０年であるが、当該病棟配属年数は 1 年であった。 ・サンディミュンは通常経口投与が多いため点滴はまれである。当該小児科でもサンディミュンを点滴で使用することはまれであった。当該患者は以前からサンディミュンを点滴で使用していた。 ・当該病棟の看護体制は 2 チーム制である。部屋移動のため、当該患者の所属チームが替わったばかりであった。看護師Ａは当該患者の看護の経験はなく、サンディミュンの調整も初めてであった。 ・看護師Ａは指示のサンディミュンの字が読みにくく先輩看護師に薬剤名を確認した。それから病棟薬剤保管庫からアンプル（250mg/5mL と表示）を準備した。その際「５」という数字が頭にあった。 ・薬剤部の体制は休日はひとり体制である。救急患者の処方調剤、臨時の薬品請求などに対応している。 ・当該事例は休日中の指示であり、看護師が病棟薬剤保管庫からサンディミュンを準備し、薬剤部の関与はなかった。 ・当事者は中途採用者である。新人看護師研修は行っているが、中途採用者はＯＪＴが基本であった。 ・ｍｇ、ｍＬの換算の計算式の教育は個々に任されており、伝承の世界であった。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・小児注射に関する模範的処方（資料）を作成し、周知した。あくまで調合方法に関する補足という位置づけである。 ・調剤は専門である薬剤師、看護師は看護に専念できるような人員配置が望ましいが、収益につながらない増員、人員配置は難しいのが現状。できるところからやっている。
主な意見等	・薬剤部が溶解方法を書いた紙を貼るのなどして払い出すことを検討してはどうか。 ・マニュアルを作るだけではなく行動する、日々の業務に組み込まれることが重要だろう。 ・ｍｇとｍＬの計算できない医師や看護師は多いのでトレーニングが必要だろう。 ・小児注射に関する模範的処方（資料）の記入例では記載ルールの解釈が必要だろう。文章化するなど誰でもすぐ理解できるものにしたほうが良いのではないか。

事例概要 GE021011	
事例概要	体重約１．２㎏の患児に抗生剤を投与する際、上級医と研修医は、テキストに準じて作成された院内マニュアルの「セフメタ：75 － 100㎎ /㎏ / 日，３×」と「硫酸アミカシン：10 － 15㎎ /㎏ /day，２×」を見て一緒に投与量を計算した。 上級医は、１日量を意図して研修医に「セフメタゾン 120 とロミカシン 20 ですね」と言い、指示を入力するように依頼した。研修医は、「セフメタゾン１回 120㎎ １日３回、ロミカシン１回 20㎎ １日２回」と指示を入力し、看護師が指示に基づき患児に１日分投与した。その後、看護師の指摘により過量投与に気付いた。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・処方指示に解釈の違いが生じた背景要因 ・改善策　等
主な対応者	院長、副院長（医療安全担当）、担当科医師、ＲＭ、看護師、医事専門官、薬剤科長、薬剤師、事務担当者
主な知見等	・上級医は、研修医と共にマニュアルを見ながら計算をしたため、指示の入力内容までは確認しなかった。 ・研修医はローテーション中であり、未熟児室の配置になって 22 日目のことであった。これまでの経験から、研修医は、通常抗生剤は１回量の処方だと思った。 ・ＮＩＣＵでは薬剤を投与する際、病棟ストックから使い、その後電子カルテに入力しているため、処方内容が薬剤師の鑑査が入らないシステムになっている。また、注射薬においては、オーダリング入力しても過量投与をチェックするシステムになっていない。 ・院内マニュアルは、医学書等のテキストの記載を引用しており、そこで使用されている表現の「×３」や「３×」の意味を確認しなかった。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・マニュアルに記載されている用法・用量を１回量の記載に書き直した。 ・研修医が処方入力する際は、上級医がその入力内容を確認する。 ・指示を出すパターンを決める。
主な意見等	・研修医の処方を、上級医がその都度確認していくには、限界があるのではないか。 ・ＮＩＣＵに処方鑑査が行える仕組みを構築することを検討してはどうか。 ・院内の処方内容の記載について統一することを検討してはどうか。

事例概要 GE021012	
事例概要	患者には、生理食塩液 250mL にブリプラチン注を溶解した輸液と生理食塩液 500 ｍＬに 5 － FU を溶解した輸液を投与する指示が出されていた。 看護師は、２つの輸液のラベルが取り違えて貼られていたため、5 － FU が入った輸液をブリプラチン注が入った輸液の速度で投与した。看護師は、ラベルに記載された薬剤の速度で患者に投与したところ、予定より輸液の残量が少なくなり間違いに気付いた。 薬剤師は抗癌剤無菌調整実施を医師から電話で依頼され、薬剤の調整を行った。調整が終了後、別の薬剤師が鑑査をし、病棟に払い出した。無菌調整後、ラベル貼付する際、複数の輸液を並べていたためラベルを貼り間違えた。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・無菌調整業務の流れ ・改善策　　等
主な対応者	院長、副院長（医療安全担当）、担当科医師、ＲＭ、看護師、医事専門官、薬剤科長、薬剤師、事務担当者
主な知見等	・薬剤がマニュアルに従ってトレーに 1 日分入っていた。 ・ラベル貼付作業は、ラベルに抗癌剤が吸着することによる医療従事者の曝露の危険性を考慮して、薬剤調製業務と別の作業工程となっていた。 ・ラベルの貼付に関する詳細な手順書がなく、複数あるラベルの中から選別して貼付する作業を行っていた。 ・調整する薬剤が多く、焦っていた。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・使用単位ごとに薬剤とラベルをビニール袋に準備する。 ・薬剤の調整を実施する際は、薬剤師がビニールから取り出す時とラベルを貼る時に薬剤とラベルに記載された内容が一致しているかを確認する。 ・調剤する人数を２人体制から３人体制に変更した。

事例概要 GE021013	
事例概要	肺がんの患者は ICU で人工呼吸器にて管理をしていたが、全身状態が安定した為当該病棟へ転棟した。その後､患者は気管切開を施行しエビタ(人工呼吸器)を SIMV 設定し､ナースステーション横のリカバリールームで経過していた。 深夜スタッフ３名のうち、１名の看護師が休憩のためナースステーションを離れた。次の看護師は５分後、３人目の看護師は１５分後にそれぞれ、ナースステーション横のカンファレンスルームで休憩していた。 約４０分後、１人の看護師が生体アラームらしい音で異常に気付いた。カンファレンスルームの看護師に声をかけ､３人で当患者の部屋に行った。その時､患者の気管切開チューブと人工呼吸器の接続部が外れており、患者は心停止の状態だった。
訪問調査の目的	・人工呼吸器及び装着していた患者の状況 ・当該病棟の構造とアラーム管理に関する工夫 ・改善策の執行の状況及び問題点　等
主な対応者	病院長、医療安全担当副院長（医師)、事務長（臨床工学士)、看護部長、医療安全室部長（医師）医療安全室副部長（看護師)、当該病棟師長、ME 係長
主な知見等	・患者の意識レベルは自然開眼する程度であり、延命処置の為エビタを装着していた。設定は SIMV、呼吸回数 12 回、１回換気量 450 ｍ L、PEEP3 であり、アラーム設定は分時換気量ターゲット上限 10.9L/ 下限 3L、圧ターゲット上限 40 ｍm Hg/ 下限なし、であった。 ・病棟の患者のうち３名が人工呼吸器を装着し、１６名が生体モニターを装着していた。 ・当該医療機関では人工呼吸器は基本的にはエビタに統一しており、アラーム音は院内統一している。 ・ME は１０名おり、人工呼吸器の回路交換などは ME が行っている。各勤務 1 回、人工呼吸器の動作チェックを行っており、ほとんどの看護師が関わっており、平日は必ず１回は ME が点検している。 ・アラームが日頃からあまりに鳴りすぎている環境ではなかった。 ・人工呼吸器が外れた理由として、当該医療機関は人工呼吸器のイベントログから、高い気道圧により気切切開チューブと人工呼吸器装着部分の離脱が起きたのではないかと考えている、とのことであった。 ・当該患者は以前にも気管切開チューブと人工呼吸器が外れたイベントがあったが、看護師は重要なことだと思わず、師長に報告しなかった。 ・新人看護師は人工呼吸器の勉強会を 1 年かけて行うが、中途採用者の教育はなされていない。 ・夜勤の休憩に関して取り決めがなく、スタッフの裁量で行っていた。 ・家族には事実をすべて説明したところ、隠さなかったことで信頼できると感謝された。 ・人工呼吸器のインシデントが多いため、機器をエビタに統一し、呼吸療法士の取得を院内で奨励したりしている。現在呼吸療法士は１０名おり、医療機関全体のレベルは上がっていると思っている。 ・アラームが「オオカミ少年」になっており、もったいない。人の目と耳の数に比べてモニターが多い現状があるのが問題、と思っている。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・早出、遅出の看護師を出動し、できるだけずらしてナースステーションを空にしない工夫をしている。ナースコールは PHS であるがモニターと連動するということも検討している。

主な意見等	・心電図はモニターの波形を見ればわかるが、人工呼吸器は患者の元に行かないと、アラームが何の理由で鳴っているのかわからないことが多い。エビタはバックアップ換気で一時的にアラームが鳴っても患者の状況が良くなれば音のパターンが違うことを、看護師等に周知、教育してはどうか。 ・看護師の PHS が鳴りっぱなしで身動きが取れない状況もある。効果的にするには条件整備が必要。必要なアラームの整理を考えてはどうか。 ・看護師だけではなく医師と生体モニターの検討はされているのか。今回の事例を医局に周知し、具体的に検討してはどうか。 ・サポート環境を色々な職種でしてはどうか。医師、看護師がともにラウンドし、生体モニターの必要な患者をチームで検討している医療機関もある。また、生体モニターの必要な患者をセレクトして装着することができるため、アラームへ迅速に対応できる、という例もある。

事例概要 GE021014	
事例概要	患者は入院時、持参薬を２５日分持っていた。その後、「持参薬が残り少なくなったため処方してほしい」と準夜帯に申し出た。看護師は、研修医に処方を依頼した。その時、研修医は内服開始日を入力しなかったため、翌日昼から内服開始として処方された。払い出された薬を、患者の担当以外の看護師が患者に渡し、翌日からの内服を指示した。患者は新たな処方がなされたと思い内服を続けた。 ４日後、患者がしんどいと訴え内科受診し、脱水と診断された。その後、患者は５日間ラシックス等を重複し内服していたことが判った。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・当該医療機関での持参薬管理について ・改善策の状況　等
主な対応者	GRM（看護師）、当該病棟師長
主な知見等	・当該医療機関では、看護師が入院患者の持参薬の種類、用法、残量を薬剤識別依頼書・報告書に記載したものを薬剤部が確認し、医師が指示サインをする、という流れになっている。病棟で約３～８人 / 日の入院があるが、入院患者全員の持参薬をチェックしている。 ・オーダーの際、内服開始日を入力しなければ、自動的に翌日を開始日として処方に印字される。また開始日がわからず処方に入力されていないことがある。当該事例では開始日の入力がされず、１９時過ぎのオーダーであったことから「翌日昼から内服開始」として処方された。 ・持参薬の処方入力を研修医が行うことに関して、指導医のチェックはしていない。 ・患者に薬を渡した看護師は、担当看護師が薬を渡すルール、残数を確認し薬を渡すルールを守らなかった。 ・当該医療機関はオーダリングと紙カルテである。持参薬の情報を入力しているわけではないので、持参薬歴のチェックができる仕組みはない。 ・当該医療機関が処方した薬剤は一包化されており、包装には薬剤名が書いてあるが、患者は持参薬と同じ薬だと気付かなかった。 ・当該医療機関の薬剤師は１０名である。抗癌剤やステロイドなど特殊な持参薬は薬剤師が関与するようにしているが、全ての患者の持参薬に対して関与し、病棟での服薬指導まですることは難しい。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・当該事例から、病棟や科ごとで与薬に関するルールが違う現状がわかった。担当看護師が準備し、配薬するというルールに統一した。しかし手術の多い科では医師の協力が得られにくい現状である。
主な意見等	・病棟移動などで看護師が混乱する可能性があるので、可能な限り医療機関内の役割は同じにしたほうが良いのではないか。 ・持参薬の服用管理について、チェック表を用いて患者を交え、医療者が一緒に管理しているところもある。そういった工夫を検討されてはいかがか。間違いを早く見つける仕組みが機能するといいのではないか。 ・持参薬の薬歴がわからないのは問題であり、工夫が必要であろう。 ・持参薬の問題はひとつの医療機関だけでなく、周囲の医療機関とともに考えていかなければならない。持参薬の情報を送る医療機関、受け取る医療機関が対策について両者で考えなくてはならないだろう。 ・看護師の負担が多い。近隣の医療機関の情報収集などして、組織的に取り組む方向は検討してはどうか。

事例概要 GE021015	
事例概要	患者は、前医の紹介状と最終受診日の処方せんを入院時に持参した。その処方せんによると、複数の薬剤が６週間処方されており、そのうち、アルケランとプレドニンは処方日から８日目を開始日として４日分処方されていた。 患者は、アルケランとプレドニンを４日間服用した翌日に当院に入院した。主治医は、紹介状と処方せんを見た結果、アルケランとプレドニンを７日分継続処方し患者に投与した。 その後、更に継続投与する指示を出した際、薬剤師が疑義照会した。確認すると当該薬剤はＭＰ療法のため４日間のみ内服する薬剤であり、７日間分過量投与したことがわかった。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・情報伝達エラーの状況確認 ・改善策　等
主な対応者	医療安全管理部長（医師）、診療科医長、薬剤部副部長、医療安全管理部看護師
主な知見等	・治療薬について主治医の確認が不十分であった（アルケランについて調べが足りなかった）。また、主治医は、アルケランが抗癌剤であるという認識がなかった。 ・主治医は、多発性骨髄腫の患者を受け持つのは初めてであり、ＭＰ療法も初めての経験であった。 ・抗がん剤の注射の場合、院内で決められたプロトコールがあり、それ以外のプロトコールは使えないが、内服については、そのような取り決めがなかった。 ・持参薬についての確認は、本来であれば薬剤師がすべきであるが、業務の都合上、患者の入院後初回内服時に持参薬の確認が間に合わない。 ・薬剤師は、アルケランとプレドニンの処方量が少なかったため、ＭＰ療法という認識がなかった。また、アルケランを連日投与することもあるため、処方鑑査でも気付けなかった。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・前医での治療内容は直接確認を行う。 ・持参薬は薬剤部への問合せをする。 ・治療計画・指示内容は指導医とダブルチェックを行う。 ・オーダリングシステムの画面について、内服抗癌剤を緑色で表示する、オーダー発行時に抗癌剤が含まれる場合メッセージを表示する。

事例概要 GE021016	
事例概要	医師は、患者には６年前にセフェム系抗生剤で薬疹と考えられる既往があることを確認し、放射線科入院カルテ及び新患紹介用紙のアレルギー欄に記載したが、オーダリング画面のアレルギー薬剤の入力方法を知らず、また今まで記載したことがなく行わなかった。 医師は、血液内科の主治医の指示により第３世代セフェム系抗生剤投与の指示を受けたが、この時、主治医にはセフェム系薬剤による薬疹の既往があることを伝えず、セフタジジム２ｇ２×をオーダし、患者に投与した。翌日、患者に体幹部皮疹と軽度の膨疹を認めた。医師は、ファーストシン２ｇ２×に指示を変更し、皮膚科に診察を依頼した。 皮膚科受診の結果、体幹部融合傾向のある紅斑を認め中毒疹を疑い、原因として複数の薬剤が開始されているため、薬剤の特定は困難との返事があった。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・情報伝達エラーの状況確認 ・改善策　等
主な対応者	医療安全管理部長（医師）、診療科医長、薬剤部副部長、医療安全管理部看護師
主な知見等	・医師は、放射線科入院カルテと新患紹介用紙のアレルギー欄に記載したがオーダリング画面のアレルギー薬剤の入力をしなかった。 ・医師は、患者に当該薬剤を処方する際、その薬剤が患者にとって禁忌であることを忘れていた。 ・当該病院は、診療科ごとのカルテが存在している。 ・カルテの表紙にアレルギー情報を記載する欄があるが、意識的に見ないとその情報を収集できない。 ・オーダリングのアレルギー入力と処方がリンクしていない。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・アレルギーの記載に関するルールを遵守する。 ・医師は、アレルギー歴をオーダリングシステムに必ず入力する。 ・患者に薬剤アレルギーがある場合、カルテの表紙の右上に記載する。

事例概要 GE021017	
事例概要	患者は、ASO 増悪、バイパス閉塞が疑われ当院を受診した。 前日 17：30 頃　　造影 CT を撮影（画像①） 前日 19：00 過ぎ　硬膜外チューブを挿入 当日 16：21　　単純 CT を撮影（画像②） （患者の強い痺れがあるという訴えにより実施） 当日 17：00 頃　　外科医は当日に撮影した画像②を見て血腫の有無を判断できず、CT 画像の読影を PHS で放射線科医に依頼した。放射線科医は、放射線部のシステムから依頼された患者の検査履歴を見たが、前日の CT 画像①しかなく、それを読影した（血腫なし）。※ 17：38 に放射線部のシステムに画像②の取込が完了している。 14 日後 12：00 ごろ　MRI 検査実施により胸髄に広範囲の血腫が確認された。 その後、外科医は画像②（単純 CT）の読影を依頼したが、放射線科医は画像①（造影 CT）を読影していたことがわかった。しかし、外科医が見た画像が②であるかどうかは明確ではない。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・CT 画像のシステム上の処理について ・改善策　等
主な対応者	医療安全管理責任者（医師）、GRM、放射線科技師
主な知見等	【検査システムの概略】 ① CT 装置から放射線部のシステムに送られる。 （画像の種類によるが撮影終了から４０分程度かかる） ②放射線部のシステムによる画像処理し、それが完了すると診療支援システムに送られる。その後、病棟の端末から見ている電子カルテから画像を見ることができる。 　ただし、放射線部のシステムに直接アクセスし画像を見ることもできる。 ・CT の画像は、規格上の問題により、簡単に解決できないと思うが、画像上の日付や患者名の表示を大きく見やすく、また、患者名の表記は漢字であればいいと思う。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・診断に関わる重要な事項は、媒体を用いず当人同士直接ディスカッションする。 ・読影を依頼する際は、必ず患者名、撮影日、患者 ID を確認する。 ・次期システムの改修の際、タイムラグの解消等を依頼する。
主な意見等	・電子カルテのような便利なシステムが導入されているので、遠隔でディスカッションができるコニュニケーションの方法を検討してはどうか。 ・事実経過が不明確な点があるため、ログの確認などによりできる限り明らかにすることで、システム上の問題があればその現象も確認できるのではないか。 ・同種の事故の発生を予防するため、他の検査でも同様のタイムラグが発生する検査等を明らかにし、今回の事例と併せて周知するとよいのではないか。

事例概要 GE021018	
事例概要	左眼角膜移植術＋水晶体嚢外摘出術＋眼内レンズ挿入術を施行した。手術は問題なく終了したが、患者は翌日劇症の術後眼内炎を発症し、同日緊急の再手術（硝子体手術＋眼内レンズ挿入術）行った。その際に採取した患者の眼内液から、腸球菌（Enterococcus faecium）およびカンジダ（Candida albicans）が検出された。また、移植片が保存されていた保存液からも同様に腸球菌（Enterococcus faecium）およびカンジダ（Candida albicans）が検出された。
訪問調査の目的	・事実の確認 ・医療機関における移植用角膜片の保管・管理について、 ・その他の臓器の保管について　等
主な対応者	医療安全管理部副部長（医師）、医療管理責任者（看護師）、事務担当者
主な知見等	・移植片は手術前に当院に到着していたが、病床上の都合と当該患者に手術の緊急性がないことから 5 日後に手術を決定した。 ・腸球菌は通常、人の手を介し伝播する可能性が低いものであり、眼内炎の起炎菌が混入した経路が同定できなかったが、事故発生時、冷蔵庫内の温度を摂氏 4 度に維持すべきところ、移植片の保存容器が置かれていた場所は 14 度まで上昇しており、混入した菌が重篤な眼内炎を起すまでの菌量に増殖したと考えられた。 ・眼科の冷蔵庫は点眼薬を保存するための冷蔵庫が設置されており、それに移植片を保存していた。冷蔵庫設置時には、移植片を保存することを想定していなかった。 ・他の臓器はすぐに移植されるため保管の必要がなく、移植臓器をすぐに使用しないのは眼科のみであった。 ＜医療機関の主な改善策＞ ・眼科外来に温度管理可能な冷蔵庫を設置した。 ・人の出入りが少ない場所（医師しか入室しない部屋）に冷蔵庫を設置し、保存容器を誤って開封しないよう保存容器の収納場所に「ドナー角膜片保管場所」と大きく書いた。 ・角膜をドナーから摘出し、移植するまでの期間等の明確な決まり等がないため、アイバンクがガイドラインを出すべきではないかと思っている。事故調査委員会にアイバンク協会常務理事にも参加していただいており、今後、アイバンクとしても何らかの対応をとるとのことであった。

2　専門家部門による個別テーマ検討の現況

年報では、第１７回から第２０回報告書の「個別テーマの検討状況」から、平成２１年１月１日から平成２１年１２月３１日に報告された医療事故について整理し掲載した。

【１】薬剤に関連した医療事故

平成２１年１月１日から平成２１年１２月３１日までに報告された医療事故のうち、薬剤に関連した事例２１５件について分析を行った。

（１）薬剤に関連した医療事故の現状

薬剤に関連した医療事故事例の概要は図表Ⅲ-２-１の通りである。薬物療法を行う際の業務の流れを「指示」、「指示受け・申し送り」、「準備」、「実施」、「実施後の観察及び管理」、「その他」の６段階に分類し、事故の内容と併せて薬剤に関連した医療事故の発生状況を整理した（図表Ⅲ-２-２）。

①　指示段階

第１７回報告書では、指示段階における事例は４件であった。そのうち、患児に対し計算を間違えＫＣＬを１０倍量投与した事例が１件、抗生剤の処方日数を間違えたため２種類の抗生剤を投与した事例が１件、処方入力の際腫瘍用薬の規格を取り違えため過量投与となった事例が１件、当該患者にとって禁忌であることがわかっている薬剤を投与した事例が１件であった。

第１８回報告書では、指示段階における事例は９件であった。そのうち、「ノルバスク」と「ノルバデックス」を間違え患者に「ノルバデックス」投与した事例が１件、薬剤の規格を間違え過量投与した事例が３件、高濃度のガベキサートメシル酸塩投与時の血管外漏出が３件、化学療法に関連した事例が１件あった。

第１９回報告書では、指示段階における事例は１１件であった。そのうち、「プロタノール」と「プロタミン」を間違えた事例が１件、「パクリタキセル」と「タキソテール」を間違えた事例が１件、「チラーヂンＳ」と「チラーヂン末」を間違えた事例が１件、１日量と１回量を間違えた事例が１件、「ｍｇ」と「ｍＬ」を間違え患児に１０倍量投与した事例が１件、体重を間違え抗癌剤を過量投与した事例が１件、レジメンを取り違え抗癌剤を過量投与した事例が１件、持参薬を過量投与した事例が１件あった。

第２０回報告書では、指示段階における事例は１２件であった。そのうち、単位を間違え過量投与となった事例が２件、製剤の総量と有効成分の量を間違えた事例が１件、高濃度のガベキサートメシル酸塩を投与した事例が１件、小児患者に対し薬剤を誤って１０倍量指示した事例が１件、指示の誤りにより筋肉注射用の薬剤を静脈注射した事例が１件、化学療法に関連した事例が３件あった。

② 指示受け・申し送り段階

第１７回報告書では、この段階における事例の報告はなかった。

第１８回報告書では、指示受け・申し送り段階における事例は３件であった。そのうち、指示変更が伝わらなかったため変更前の指示が実施された事例が２件、持参薬の残薬確認が不十分であり患者がラシックスを重複して内服した事例が１件あった。

第１９回報告書では、指示受け・申し送り段階における事例は１件であり、血糖値測定後、追加のインスリン投与を必要としない患者にインスリンを投与した事例であった。

第２０回報告書では、指示受け・申し送り段階における事例は２件であった。そのうち、口頭指示の際に薬剤を間違えた事例が１件、投与終了を予定していた持続投与の薬剤を追加投与した事例が１件あった。

③ 準備段階

第１７回報告書では、準備段階における事例は２２件であった。そのうち、注射器やシャーレなど別の容器に準備して使用する薬剤の取り違えが３件、名称が類似した薬剤の取り違えが３件、救急カートにある薬剤を取り違えた事例が１件、薬剤を１０倍量投与した事例が２件、調剤する際の薬剤量間違いが２件、薬剤の流量設定を間違えた事例が３件、有効期限切れの薬剤を使用した事例が１件、当該患者にとって禁忌であることがわかっている薬剤を投与した事例が１件あった。

第１８回報告書では、準備段階における事例は９件であった。そのうち、救急カートから薬剤を取り出す際に取り違えた事例が１件、１４日で分包するところ７日で分包した事例が１件、「ｍｇ」と「ｍＬ」の単位を間違えた事例が１件、口頭指示の際に単位を省略して伝えたために過量投与になった事例が１件、対象者を間違えた事例が２件、患者がワーファリン内服中であることを知らずに生検を行なった事例が１件、ＣＴ検査の際ヨードアレルギーがある患者にガストログラフィンを投与した事例が１件あった。

第１９回報告書では、準備段階における事例は１７件であった。そのうち、オメプラールを誤ってリン酸二カリウムに溶解し患者に静脈投与した事例が１件、薬袋に記載されていた用法と患者が実際に服用していた薬剤量が違っていたために過量投与となった事例が１件、化学療法における薬剤量間違いが１件、インスリン含量を間違えた事例が２件、注射器に準備した薬剤を取り違えた事例が１件、希釈して使用する薬剤を原液で使用した事例が１件、輸液ポンプの流量設定を１桁間違えた事例が１件あった。

第２０回報告書では、準備段階における事例は１２件であった。そのうち、アイトロールとマイスタンを間違えて調剤した事例が１件、オメプラールとバンコマイシンを取り違えた事例が１件、ウテメリンとメテルギンの錠剤を取り違えた事例が１件、アトニンＯとウテメリンを取り違えた事例が１件、インスリンの単位を間違え１０倍量投与した事例が１件、薬剤を注射器に準備する際に注射器の目盛りを見間違え過量投与に至った事例が１件、化学療法に関連した事例が１件あった。

④ 実施段階

第１７回報告書では、実施段階における事例は２３件であった。そのうち、小児患者の血管外漏出が３件、患者を取り違えた事例が２件、高濃度のＦＯＹ（メシル酸ガベキサート）を投与した事例が１件あった。

第１８回報告書では、実施段階における事例は２１件であった。そのうち、注射器に準備したキシロカインＥとオキシドールを取り違えた事例が１件、流量を誤って１０倍の速度で設定した事例が１件、高濃度のメシル酸ガベキサートを投与時の血管外漏出が１件、患者が内服薬をヒートごと摂取した事例が２件、アルチバを急速投与した事例が１件、患者に禁忌であることがわかっている薬剤を投与した事例が２件、化学療法に関連した事例が８件あった。

第１９回報告書では、実施段階における事例は３５件であった。そのうち、注射器に準備した薬剤を取違えた事例が４件、希釈して使用する薬剤を原液で使用した事例が１件、高濃度のメシル酸ガベキサートを投与した事例が１件、その他の薬剤の血管外漏出が１３件、アスパラＫをワンショットした事例が１件、１つの薬剤のルートを２台の輸液ポンプに接続し輸液ポンプに接続されていない薬剤が急速投与された１件あった。

第２０回報告書では、実施段階における事例は２２件であった。そのうち、注射器に準備された薬剤を間違えた事例が２件、外用のボスミンを高濃度で局所注射した事例が１件、患者にとって禁忌であることがわかっている薬剤を投与した事例が１件、電話による情報伝達を間違え輸液の流量を間違えた事例が１件、患者に内服中止を予定した薬剤の説明を先発品の製品名で行ったが処方された薬剤が後発品であったため患者が内服していた事例が１件、ペン型インスリンを使い回した事例が１件、輸液の血管外漏出が９件あった。

⑤　実施後の観察及び管理段階

第１７回報告書では､この段階における事例は３件であった。そのうち患者が自己判断でワーファリンを休薬した事例が１件、アルチバ（レミフェンタニル）を急速投与した事例が１件あった。

第１８回、第１９回及び第２０回報告書では、この段階における事例の報告はなかった。

⑥　その他

第１７回報告書では、この段階における事例は２件であった。そのうち１件はメソトレキセートが調合後に白色混濁した事例であった。

第１８回報告書では、その他の事例は１件であり、化学療法に関連した事例であった。

第１９回報告書では、この段階における事例の報告はなかった。

第２０回報告書では、その他の事例は６件であった。そのうち薬剤による副作用が３件、三方活栓が閉鎖されておらず薬剤が過量に投与された事例が１件、化学療法に関連した事例が２件あった。

（2）薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

平成２１年に発生した第３１回（１月～３月)、第３２回（４月～６月)、第３３回（７月～９月）ヒヤリ・ハット事例収集において、報告された薬剤に関する事例を分析した。

医療事故と同様に薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況を整理した。薬物療法を行う際の業務の流れを「指示」､「指示受け・申し送り」､「準備」､「実施」､「実施後の観察及び管理」､「その他」の６段階として縦軸に、事例の内容を横軸にとりマトリックス表として整理した（図表Ⅲ-２-３)。

図表Ⅲ-２-１　薬剤に関連した医療事故事例の概要注）　第１７回～第２０回

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
【薬剤間違い】				
1	死亡	準備段階	ヴィーンDにKCL、コンクライトCaを混注するところ、日勤者と確認して夕方交換予定のアミグランド（５００mL）にコンクライトCaを混注し、投与した。２時間半後、患者は呼吸苦を訴えた。輸液ライン内は白色化していた。当直医に報告し、アミグランドを中止した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. １
2	障害の可能性なし	準備段階	トリプル負荷試験（朝食を食べずに、７時半よりインスリン、LH-RH、TRHをゆっくり静注し、３０分ごとに採血し２時間で終了の検査）を予定していた。注射薬を作成する際に２人で確認し、インスリンを１単位/mLにして作った１０mLのシリンジから、使用量１．１mL（１．１単位）をとり、LH-RH、TRHと混ぜて作成し、１０mLのシリンジに患者の名前を黒ペンで書いてトレイに置いた。残ったインスリン８．９mL（８．９単位）のシリンジも並べて置いた。静注時に、実際投与するはずだった患者の名前の書いた混合液のシリンジではなく、インスリン８．９mLが入ったシリンジをとり、患者に投与したため、予定していた量より９倍近くインスリンが静注され、またLH-RH、TRHが投与されなかった。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ２
3	障害の可能性（低い）	準備段階	「エスカゾール１日３回　１回１錠」の指示であったが、薬剤科よりメルカゾールが病棟に届いた。看護師２名でダブルチェックを行ったが、薬剤が違うことに気付かず、患者に２０回投与した。１週間後に同じ薬剤が処方されたが、薬剤科から前回と違う薬剤が届き、薬剤間違いに気付いた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ３
4	死亡	準備段階	医師は硫酸アトロピンとボスミンを持ってくるよう口答で看護師に指示した。看護師Aは救急カートから取り出す際、ワソランを硫酸アトロピンだと思いこみ、ワソラン５Aとボスミンを持って病室に行った。病室で看護師Bはその薬剤を注射器に準備し医師に手渡し、医師は硫酸アトロピンだと思いこみワソランを３回投与した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ４
5	障害の可能性なし	準備段階	看護師は、医師より希釈したボスミン液を浸したコメガーゼを作成する指示を受け、冷蔵庫に保管してあった薬液をシャーレに移し、コメガーゼを作成し医師に渡した。医師は、そのガーゼを患者の鼻腔内に挿入した。約３０分後、患者は咽頭痛を訴えた。コメガーゼを作成したシャーレに生食を入れたところ、結晶が形成されたため、コメガーゼを作成する際、ボスミンを使用するところ、隣に置いてあった１０％硝酸銀を使用した可能性が判明した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ５
6	障害なし	準備段階	患者は食前にヒューマリンRを血糖値に応じた量を投与していたが、○/２８朝から「ノボラピッド３００フレックスペン」の固定打ち（２－２－２－０）に変更となった。看護師は、インスリンを患者に手渡し、患者がそれを管理していた。○/２９昼食前インスリン投与の確認をする際、インスリンを見ると、患者は「ノボラピッド３０ミックス注フレックスペン」を持っていた。○/２８朝から○/２９の朝まで、指示とは違うインスリンを投与していた。看護師は、患者の名前が書かれたインスリンがあったため、薬剤名を確認せず患者に渡した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ６

注）医療事故事例の背景・要因および改善策については報告書参照。

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
7	障害の可能性（低い）	準備段階	通常、アバスチン硝子体注入を行う際、０．０２％ヘキザック液で眼洗浄液を行うが、看護師は、誤って７０％エタノールを洗眼瓶に準備した。当日、アバスチン硝子体注入は外来で８人の患者に予定されていた。１例目の患者は、眼洗浄時に痛みを訴えたが、処置自体が疼痛を伴うものであり、また眼洗浄後の顕微鏡下の所見では異常を認めなかったため、洗眼液の成分を疑わなかった。その後、３例の患者も続けて同様に眼洗浄を行った。４例目の患者では、洗眼後に軽度の角膜浮腫を認めたため、何らかのシステム上の異常を疑った。念のために０．０２％ヘキザック液の洗眼瓶を保存し、別に準備した０．０２％ヘキザック液を使用した。その後、最初に使用した洗眼瓶を調べたところ、その内容が７０％エタノールであることが判明した。専用処置のワゴンの上には通常置かれている０．０２％ヘキザック水５００mL ではなく、７０％エタノール液５００mL が置かれていた。ワゴンの上にある７０％エタノール液をヘキザック液だと思い込み、確認をせず洗眼瓶に準備した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ７
8	障害の可能性なし	準備段階	イトリゾールを投与する指示があり、看護師は薬剤部に取りに行った。薬剤師はワークシートに書いてあったイトリゾール１％２０mL をイソゾールだと思い、「イソゾールね」と言って看護師にイソゾールを渡した。看護師はそれをイトリゾールだと思って受け取った。看護師はイソゾールをイトリゾールだと思いゆっくり静脈注射した。しばらくその場にいたが、患者の呼吸状態に変化はなかった。その後、意識状態の悪化が見られたが、発熱のためと考えていた。翌日、薬剤部でイソゾールの在庫確認中、１本不足していることより、薬剤を間違えたことに気付いた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ８
9	障害の可能性なし	準備段階	病棟定時処方を調剤する際、フェノバルビタール散１２０㎎をフェニトインで秤量した。分包・鑑査においても誤りに気付かず病棟へ払い出し、患者に投与された。１ヶ月後の血液検査でフェノバルビタールの血中濃度が低いため主治医が薬剤科へ連絡した。薬剤科で原因調査した結果、調剤する際、フェノバルビタール散とフェニトインと取り違えたことが判明した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ９
10	障害なし	準備段階	看護師は、内服薬を薬杯に準備する際、無記名の薬杯の中に患者Ａの内服薬（アマリール３mg １錠）を入れた後に重ねて患者Ｂの内服薬を入れ、患者Ｂに与薬した。そのため、患者Ｂは患者Ａのアマリールを内服した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. １０
11	障害の可能性（低い）	指示段階	医師は、ノルバスク（高血圧症・狭心症治療薬）５mg １錠×１（７日分）をオーダリング処方したつもりで、ノルバデックス（抗乳癌剤）２０mg １錠×１（７日分）を処方し、患者に投与した。翌日患者に嘔気出現したため、ノルバデックスは一時中止となった。投与４日後、患者の症状が落ち着いたため、内服再開の指示を出した（指示簿にはノルバスク再開と記述されている）ため、患者に与薬した。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. １
12	障害の可能性なし	準備段階	入院中の患者に痙攣が起こり、医師はセルシンを口頭で指示した。准看護師が救急カートの表示を見た上で、ジゴシンをセルシンと思い込み準備した。医師は用意された薬剤を確認せず注入した。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ２
13	障害の可能性（低い）	実施段階	扁桃腺摘出術のため、執刀医が看護師に渡されたシリンジを用いて右扁桃腺周囲局注を実施した。この際、粘膜の色が白いこと、泡が出ることに疑問を持ち、確認したところ局麻剤の０．５％キシロカインＥとオキシドールを取り違えて、オキシドールを局注したことが判明した。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ３

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
14	障害なし	指示段階	医師Ａは、心臓カテーテル検査終了をする際、止血目的でヘパリンの拮抗薬ノボ・塩酸プロタミンを使用するため、メモに「プロタミン１．５mL＋生食Ｔｏｔａｌ５mL」投与と記載するところ、「プロタノール１．５mL＋生食 Total ５mL」と書いて看護師Ｂに渡した。看護師Ｂは、プロタノールの保管場所を確認して指示どおり作成した。看護師Ｂは、研修医Ｃと確認し、メモに書かれた指示どおりの薬剤を研修医Ｃに手渡した。その後、医師Ａが「プロタミン」のつもりで「プロタノール」を投与したところ、患者の心拍数が上昇し、血圧が低下した。この時、医師Ｄが「プロタミンアレルギーかな」と言ったため、疑問に思った看護師Ｅは、研修医Ｃに「プロタミンでなくプロタノールですよね」と確認した。麻酔記録には「プロタミン」と記載がされており、医師Ａに確認したところ、メモにプロタミンのつもりでプロタノールと記載したことが分かった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. １
15	障害の可能性なし	指示段階	患者はパクリタキセルの３回目投与目的で外来点滴室に来院（過去２回は病棟での投与）した。担当医師が化学療法剤投与予定表に本来投与予定のパクリタキセル１１２mg と記載したが、タキソテールと既存印刷された専用の注射指示票を使用し指示を出した。その後、化学療法剤投与予定表と注射指示票２つの伝票を薬剤部外来ミキシングルームへＦＡＸにて送信した。送信された投与予定表と登録レジメン（weekly パクリタキセル）との照合の後、薬剤師による鑑査、薬品取り揃えが行われた。このとき化学療法剤投与予定表と注射指示票を確認せず注射伝票のみで確認したため、誤って記載されたタキソテール１１２mg を混合調製し外来化学療法室に払い出した。点滴ラベルは前歴データから打ち出されたためパクリタキセルが表示された。外来化学療法室で処方医師と看護師が点滴ラベルと注射指示票および調整後の空容器との照合を行ったがラベルの薬品名が違うにもかかわらず、間違いに気付かず投与した。外来化学療法室では、これまでも、実施時には、注射伝票との確認はしていたが、化学療法剤投与予定表と注射伝票との照合はしていなかった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ２
16	障害の可能性なし	指示段階	出生体重７２３ｇの超出生体重児にチラーヂンＳを投与を開始した。７日後、患児が頻脈となったため、確認すると、チラーヂンＳを処方するところ、チラーヂン末を処方したことが分かった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ３
17	障害なし	準備段階	薬剤師は、主治医に患者の抗がん剤無菌製剤調整実施を依頼され調整を行った。調整が終了した薬剤について、他の薬剤師が鑑査を実施し、病棟へ払い出した。ブリプラチン注を注入した生理食塩液２５０mL ボトルと、５-FU を注入した生理食塩液５００mL ソフトバックについて、注射薬ラベルが逆に張り付けられていた。その結果、５-FU をブリプラチンの点滴速度で半分程滴下した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ４
18	障害の可能性なし	準備段階	薬剤師は、定期処方薬の調剤を行った。処方箋にはアレビアチン散１０％　２００mg 分３　１４日分の指示であったが、間違ってエクセグラン散で秤量した。薬剤鑑査を行ったが間違いに気付かず定期処方薬は病棟に払い出され、患者は内服した。患者は２回 / 月程度の痙攣発作を起こしていたが、払い出された定期処方薬内服３日後から痙攣発作の出現頻度が２日に１回から２回に増え、更に１０日後の深夜帯には１６回の痙攣発作が出現した。主治医は痙攣発作が急激に増えている事を不審に思い、薬剤科に問い合わせた。薬剤科で処方箋控えと調剤記録で確認したところ誤調剤であった事が判った。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ５

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
19	障害なし	準備段階	患者Aは化学療法のため「ソリタＴ３　５００mL＋メイロン注２０mL２Ａ」を投与しており、その輸液が終了直前であった。看護師Cは看護師Dがミキシングルームから運搬してきた薬剤３本（患者Aの薬剤「生理食塩注５０mL＋カイトリル注３mg １Ａ」と患者Bの薬剤２本）を受取った。通常であれば、処置台に薬剤を置き確認をするが、患者Aの輸液が終了直前だったことから、看護師Cは受け取った３本のうち患者Aの輸液と患者Bの輸液１本(合計２本)を患者の点滴スタンドに吊るした。看護師Dは、患者Aに２本目の点滴「生理食塩注５０mL＋カイトリル注３mg １Ａ」を接続し、処方箋控えに実施サインをした。その後、看護師Cは点滴スタンドに吊るした３本目の輸液「生理食塩注５０mL＋ノバントロン注９mg」（患者Bの輸液）を接続した。この時、実施サインをしなかった。また、患者Aが眠っていたため、名乗れない時行う点滴スタンドに掛けてあるＩＤカードとの照合を行わなかった。その後、患者Bの輸液がないことから、患者Aに患者Bの抗癌剤を投与したことに気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ６
20	障害の可能性（高い）	準備段階	患者には、「オメプラール１Ｖを５％ブドウ糖１０mL で溶解しIVする。IV前後５mL でフラッシュする。」という指示と「リン酸二カリウム２０mL を高カロリー輸液内に混注する。」という指示が出されていた。７月２４日､朝､患者用の注射カート内に５％ブドウ糖２０mL ２A､オメプラール２V、リン酸二カリウム２０mL １Aが入っていた。担当看護師は注射カート内から投与指示のオメプラール１Ｖ＋５％ブドウ糖を準備するつもりで、リン酸二カリウム１０mL でオメプラールを溶解し、リン酸二カリウムの残り１０mL はフラッシュ用として別のシリンジに準備した。注射器に準備したオメプラールとフラッシュ用の薬剤をベットサイドに持参し、患者に投与した。その際、オメプラール投与前後に他の薬剤との配合による沈殿を予防する為に行う５mL のフラッシュもリン酸二カリウムで行った。その後、患者は心電図に VT、VF が出現した。午後、オメプラール溶解液の５％ブドウ糖２０mL が１本多く、１４時交換の高カロリー輸液内に混注するリン酸二カリウムがないことに気付き、朝のオメプラールの溶解に５％ブドウ糖を使用すべきところ、リン酸二カリウム液で溶解し投与したことが判った。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ７
21	障害の可能性（低い）	準備段階	肺癌の脊椎転移に対し椎骨除去術後の患者の呼吸状態改善目的でビソルボン注（４mg/ ２mL/A）と生食５０mL の点滴が指示された。担当看護師は冷所保存されていたビソルボン吸入液を生食５０mL に混注し、患者に投与した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ８
22	障害の可能性なし	準備段階	大動脈解離で上行弓部置換術後の患者で血圧１２０mmHg を目標としていた。血圧が１４０台へ上昇したため、ＣＶ青ラインより０．５mL/h で投与されていたノルアドレナリを中止した。主治医は、ミオコールラインをＣＶに接続するように指示を出した。看護師は、薬剤を準備しシリンジポンプにセットした。同じ点滴台の上にノルアドレナリン、その下にミオコールのシリンジポンプがセットされていた。接続する際、看護師は、ミオコールラインが不潔になったため、ラインを交換し早送りをしてライン内のエアーを抜いた。しかし、実際には、ノルアドレナリンのシリンジポンプを早送りし、ノルアドレナリンを５．５mL フラッシュした。その結果、患者の血圧が２００台に上昇した。シリンジポンプに薬剤名が書かれ、一目でわかるようにしてあった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ９

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
23	障害の可能性（低い）	実施段階	患者は心肺停止状態であった。医師がシンビット５０mg を生食２０mL に溶解し、シリンジにシンビットと記載した。電気的除細動を行うためにエピネフリン１Ａを静注後、シンビットを溶解したシリンジを接続し、４mL 注入した。シリンジはそのまま三方活栓につけていた。看護師はそのシリンジに入った薬剤をエピネフリン投与後のフラッシュ用の生理食塩水だと思い、残りのシンビット１６mL を一気に静注した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. １０
24	障害なし	実施段階	同室患者２名それぞれに抗生剤投与の指示が出ていた。患者にフィニバックスキット０．２５g＋生食１００mL 投与するところ、誤って別な患者のゾシン４．５g＋生食１００mL を投与した。ゾシンとフィニバックスにはそれぞれ投与すべき患者シールを貼ってあった。投与中に他の看護師が発見した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. １１
25	障害なし	実施段階	１０時に更新するための注射薬剤「生食４０mL ＋レペタン２Ａ＋ドルミカム３Ａ」と「強力ミノファーゲンＣ４０mL」他４種類の注射器をＣＶルートから投与するものと末梢ルートから投与するものを２つのバットに分けて準備した。「生食４０mL ＋レペタン２Ａ＋ドルミカム３Ａ」と「強力ミノファーゲンＣ４０mL」はＣＶから投与するバットに入れた。同じ大きさの注射器であったため間違えないように注射ラベルを貼っていた。看護師は、患者にＣＶラインから「強力ミノファーゲンＣ４０mL」を投与するところ、「生食４０mL ＋レペタン２Ａ＋ドルミカム３Ａ」を投与した。投与後、強力ミノファーゲンＣが入った注射器が残っていたため誤りに気付いた。投与直後、患者は、呼びかけに反応が無く血圧６０台に低下していた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. １２
26	障害の可能性なし	実施段階	１０時施行の筋肉注射ペンマリン注射用１g を溶解し注射器に準備しておいた。他の業務を行いながら、施行しようと思い注射準備台に置いてあったトレイをワゴンに準備した。同時間帯には２種のトレイが準備されており、他患者の筋注ラシックス２０mg 1Ａをペンマリンと誤認し施行した。他のスタッフが、筋肉注射ペンマリン注射用１g のトレイが残っている事に気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. １３
27	死亡	実施段階	看護師はプログラフ（５mg/ １mL）を希釈して０．１mg/ 生食４８mL を作成した。プログラフの残４．９mg（０．９８mL）は２．５mL のシリンジに入れた。また、プロジフ１００mg（１．２５mL）を２．５mL のシリンジに準備し、全てを同じトレイに入れ、看護室内の処置台に置いた。看護師は指示のプロジフ１００mg を投与するところ誤ってプログラフの残４．９mg を左手末梢から静脈内注射した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. １４
28	障害の可能性（低い）	指示受け・申し送り段階	６歳の患児にボスミン吸入を２回行ったが、効果がないためデカドロン静注を行うこととなった。医師は、研修医に、口答指示で「ボスミン８mg 1Ｖ静注」と指示した。研修医は「８mg のバイアルはなく、２mg/ mL のアンプルしかない」とボスミンアンプルを提示したが、薬品名を見ず、容量だけ確認し２Ａを点滴静注するよう指示した。研修医は「２Ａ混注していいですか」と確認したが、「混注してください」と医師に指示されたため、ボスミン２Ａ＋生食５０mL が１０mL/h で点滴静注した。その後、患児は呼吸状態が悪化し、意識レベルが低下した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. １

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
29	障害の可能性なし	準備段階	患者は、心臓カテーテル検査目的で２泊３日入院した。退院時処方として、医師は、手書き処方せんに「アイトロール錠２０mg」と記載したが、薬剤師は「マイスタン錠１０mg」を調剤し、調剤鑑査でもその誤りを見過ごし、病棟へマイスタンを払出した。病棟看護師は、薬剤名を確認せず、薬袋の氏名のみを確認し患者に渡した。患者は、退院後マイスタン１０mgを服用した。１ヶ月後、患者は、ふらつき・構音障害・眠気などの症状を訴え、外来を受診した。ＭＲＩ検査を実施したが異状はみとめられなかった。受診後、患者は、保険調剤薬局に行き、退院時に受け取った薬を提示した。保険調剤薬局の薬剤師は、退院時はマイスタン１０mgが処方されているが、今回の外来処方箋は以前と同様アイトロール錠２０mgで処方されていることに気付き、主治医に確認した。主治医は前回退院時の処方箋と診療録を確認したが、処方した薬剤は、アイトロール錠２０mgであった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ２
30	障害の可能性（低い）	準備段階	患者にオメプラールを静脈投与するところバンコマイシンを静脈投与した。リーダー看護師と担当看護師が２名で手順に則り、薬剤指示書の日時、薬剤名、薬剤量、薬剤を確認し準備した。医師の指示により、看護師が静脈投与した。その後、夜勤帯の看護師より他の患者に処方されたバンコマイシンが不足していることに気付いた。空アンプルを探したところ、ゴミ容器からバンコマイシンの空アンプルとオメプラールと記載したシリンジを発見し、間違いが判った。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ３
31	障害の可能性（低い）	準備段階	切迫早産の患者は、ウテメリン１日３回（８時・１２時・１８時）内服していたが、患者用の処方が出されていなかった。日勤の看護師は、当番医に確認し、１５時と眠前に内服するよう指示を受けた。看護師は、病棟定数薬から２回分を持っていき、患者へ渡した。準夜勤の看護師は、妊婦から「お腹が張ったのでもう１錠飲みました。同じ薬ですよね」と空シートを受け取ると、ウテメリンではなく、メテルギンであった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ４
32	障害の可能性（低い）	準備段階	患者は妊娠４０週６日であり、分娩誘発目的で入院した。入院翌日から薬剤アトニン０を用いて分娩誘発を開始し、その翌日も同薬剤を点滴投与した。その後、誘発剤の点滴を続行しながら経過観察を行っていた。誘発剤の点滴残量が少なくなったため、助産師はアトニンＯ　５単位＋５％グルコース５００mLの指示箋を見ながら、ウテメリン５０mg＋５％グルコース５００mLを作成し患者に投与した。約４時間後、患者の陣痛は遷延し、医師が点滴の間違いに気付いた。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ５
33	障害なし	実施段階	血管確保の際に使用するアンギオカットや固定用テープ、確保用生理食塩液２mLが入った注射器をトレイに入れて準備していた。また、同じトレイにシリンジポンプで持続注入する予定であった注射器に準備されたカタボンＨｉ（ドパミン）５０mLが一緒に入っていた。研修医（当直医）は血管確保を依頼され、投与前のダブルチェックをせずにカタボンＨｉが入ったトレイを持って、病室へ行った。血管確保をした後、カタボンＨｉをワンショット静脈注射した。患者から気分不良の訴えがあり、途中で中止したが、既に３５mL静脈注射していた。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ６
34	障害なし	実施段階	手術の際、麻酔科医の指示で看護師がドルミカムを静脈注射するところ、エスラックスを投与し、患者は頻脈、呼吸困難となった。麻酔科医が輸液ラインを確認したところ、ドルミカムではなく、エスラックスのシールが貼付されているシリンジが、三方活栓に接続されており、エスラックスを投与したことが判明した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ７

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
35	障害なし	実施段階	左右内視鏡下鼻内手術・鼻中隔矯正術・下鼻甲介粘膜切除術を実施した。患者は、キシロカイン、アスピリンのアレルギーがあった。前処置として、塩酸コカイン１００mg＋蒸留水１mL、ボスミン液（外用）原液をガーゼにしみ込ませ鼻腔へ塗布した。手術開始後、耳鼻咽喉科医師は、０．１％ボスミン液（外用）を生食の入った滅菌容器に「ちょこっと」入れるように指示した。２年目の看護師は医師に「どのくらいか？」と確認し、医師が目視で確認しながら生食２０mL と０．１％ボスミン液（外用）を、目分量で容器に入れた（後の計測によりボスミン液は約４mL 入ったことがわかった）。医師がその容器から１０mL を注射器に吸引し２mL ずつ５回局注した。その後、心拍数１５０回 / 分まで上昇し、不整脈出現し、酸素飽和度８０％に低下、心室細動出現した。胸骨圧迫を開始し、除細動器によるショックを計６回施行（出力３６０J×６回）し、患者は軽快した。手術後２週間後、今回の心停止の影響によるものと考えられる右側脳室前角近傍、右小脳に梗塞像をＭＲＩ検査により発見した。神経内科受診し、特に症状ないため、治療の必要なく経過観察となった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ８
36	障害の可能性なし	指示段階	手術後の補助化学療法として肺の小細胞癌に対し化学療法を開始した。第１日目にエトポシド１５０mg、カルボプラチン２８０mg を投与し、第２日目、第３日目はエトポシド１５０mg を投与する予定であったが、治療のスケジュールを誤って、第２、３日目にもカルボプラチン２８０mg を投与した。８日後、白血球数の更なる減少を認めた。その後も連日に渡る血液検査、ノイトロジンの注射による白血球数の改善を図ったが、値は改善しなかった。投与開始から１０日後、血小板数が１万１千と更なる減少を認めたため、血小板輸血を２０単位行った。他の医師の指摘により、カルボプラチンを過剰投与していたことが判明した。	第２０回 図表Ⅲ-２-１ No. １
【薬剤量間違い】				
37	障害の可能性なし	指示段階	当直医が KCL ４．５mL（原液）１．５mL/h の指示を出し、準夜勤の看護師が開始した。その後、徐脈、ECG 上ワイド QRS が認められＳｐO_2が不安定になった。確認すると、KCL ０．４５mL を指示すべきところを計算間違いにより、４．５mL の指示を出しており、１０倍量投与したことに気付いた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. １１
38	障害の可能性なし	指示段階	○月△日、医師は、患者に息切れや黄色い痰を認めたため、上気道炎を疑い、メイアクト、ムコソルバンを処方した。２週間後、患者は下痢を認め、救急外来を受診した。医師は、前回外来診察時にメイアクトを処方したことを認識せず、クラビット、ビオフェルミン、ロペミンを処方した。患者の状態は軽快せず、その２日後、急性腸炎の診断で緊急入院となった。典型的な偽膜性腸炎の所見であり、バンコマイシン内服が開始となった。医師は、処方を見直したところ、○月△日の外来カルテにはメイアクト５日投与と書いたが、コンピューターには２８日と入力していたことに気付いた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. １２
39	障害なし	指示段階	患者にＴＳ－１を１２０mg 分２（２０mg カプセル６Ｃ）処方するところ、医療事務補佐の入力ミスにより１５０mg 分２（２５mg カプセル６Ｃ）が処方された。入力する際、警告が出たが、日常の診療上、頻回に出る警告だと思いこみ無意識に解除してしまった。院外処方であったため、その後、チェック機構が働かず、患者は４日間（合計８カプセル）内服した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. １３
40	障害の可能性なし	準備段階	ケタラールを２０mg 投与するところ、誤って２００mg 投与した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. １４

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
41	障害なし	準備段階	応需薬局から「当薬局の薬剤師が『アスピリン１５mg １日１回朝食後３０日分』の指示を誤って１５０mg で調剤し、患者に渡したため、小児患者が２回内服した」と、当院に連絡があった。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. １５
42	障害なし	準備段階	看護師により間違った体重の記録が電子カルテに記載されており、それに基づいて医師によりニフレック投薬量が設定された。 ニフレックによる排便後ややぐったりしたとの母親からの訴えがあり、診察上もやや元気がなかったため、点滴量を確認した。点滴量もこの年齢にしては多めと考えられたため、電子カルテ上の体重を確認しところ、最初の記録が誤りであったことが判明した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. １６
43	障害なし	準備段階	看護師が MS ツワイスロン（６０）を指示量より少ない量を患者に投与した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. １７
44	障害の可能性（低い）	準備段階	退院前日の夜、小児科病棟の医師は７日分の退院時処方（デパケンシロップ）を出した。当直薬剤師は調剤し自己チェック後に病棟に払い出した。３日後、患者が再入院した際、病棟看護師は、依頼した処方内容と退院時に処方された薬剤の内容が違うことに気付き、薬剤科に確認を依頼した。その結果、薬剤師がデパケンシロップを倍量秤量し、調剤したことがわかった。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. １８
45	障害なし	指示段階	化学療法目的で当院の整形外科に入院した患者の持参薬を確認したところ、ワーファリン錠（５mg）が４錠分２で処方されていた。疑問に思った主治医は電子カルテを確認したところ、１ヶ月前の外来でもワーファリン錠（５mg）４錠分２が処方されていた。処方した医師の意図はワーファリン（１mg）４錠分２であったが、処方する際、電子カルテにワーファリンと入力し、提示された５mg 錠を選んだ。そのため、患者にワーファリンを過量投与し翌日より開始する化学療法が延期となった。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ４
46	障害の可能性なし	指示段階	医師はレミケード治療目的で入院した患者に、前医からの内服薬がなくなるため当院で処方を行なった。その際、プレドニン 1mg ５錠処方するところ、５mg を５錠で処方した。３ヵ月後、浮腫や円形顔貌が出現し、コレステロール値の上昇及び血圧の上昇が認められた。更に、２ヵ月後、当院循環器科受診し、精査と降圧剤の投薬が行なわれ、２週間後の５回目のレミケード治療入院の際、処方量の間違いに気付いた。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ５
47	障害の可能性なし	指示段階	入院中に持参薬（A病院処方）を内服していたが、薬が足りなくなったため、退院する２日前に退院処方をした際、本来、アスペノンカプセル１０mg　4C 分２を処方するところアスペノンカプセル２０mg　4C 分２で処方した。コンピュータ入力の際は、B病院からの紹介状を確認しながら行なった。紹介状には「アスペノンカプセル１０４C 分２朝夕食後」と記載してあった。当院では、規格が１０mg のものは採用されていないため、コンピュータで「アスペノン」と入力したところ、２０mg の規格が表示された。患者の母親も、いつもと色の違うカプセルと思ったが、アスペノンとの記載があったため、内服させた。退院から５日後の朝、自宅で睡眠中に痙攣、失禁し、B病院に救急搬送され入院した。入院から５日後、当院に精査加療目的で転院した。この時、当院での退院処方を確認したところ、アスペノンの倍量処方に気付いた。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ６

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
48	障害なし	準備段階	バリキサ錠（散剤にして処方）を内服していた患児の母親より小児科医に内服薬が足りないと電話があった。薬剤部に確認すると、１４日分で調剤上計算していた薬剤を、７日分に分包し、払い出していたことが発覚した。その結果、１包中の薬剤量が２倍量となり、計７日間、過剰内服していたことが判明した。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ７
49	障害の可能性（低い）	準備段階	患者にサンディミュン１５mg＋生理食塩水（＝３０mL）を５mL/h、６時間で、９時、２１時の１日２回投与という指示が出されていた。サンディミュン１５mg が何 mL であるか、この紙の指示には記載されていなかった（普段は（０．３mL）と記載されている）。ある休日の９時、看護師Ａはサンディミュン１５mg のところ１５mL（２５０mg/A×３Ａ＝７５０mg）を準備し、看護師Ｂがチェックし投与した。翌日の９時、看護師Ａが前日と同様に準備し、看護師Ｃがチェックした際に間違いに気付いた。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ８
50	死亡	準備段階	プレドニゾロン１０mg－１０mg－０－０が処方された。ＯＤＰ調剤を行なう際、薬剤部の機械が「mg」を「錠数」で変換した。その結果、プレドニゾロン１日２０mg のところを１００mg で調剤した。５日間気付くことなく患者が内服した。看護師はＯＤＰにプレドニゾロン１mg が１０錠入っていると判断した。薬剤部では機械払い出しのため処方鑑査されず、調剤鑑査においても気付くことができなかった。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ９
51	障害の可能性なし	準備段階	術後鎮痛薬としてケタラールの持続静注（３mg、０．３mL）を予定していた。医師Ａに対して責任医師Ｂが「時間当たり３ミリ投与するように」指示した。医師Ａは時間当たり３mL と解釈し、投与した。術後時間が経過しても呼名反応がないため、ケタラールの影響を疑い、投与を中止した。投与量の確認を行なったところ、予定の１０倍量が約１時間投与されていたことがわかった。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. １０
52	障害なし	指示段階	体重約１．２kg の患児に抗生剤を投与する際、上級医と研修医は、テキストに準じて作成された院内マニュアルの「セフメタ：７５－１００mg/kg/ 日、３×」と「硫酸アミカシン：１０－１５mg/kg/day，２×」を見て一緒に投与量を計算した。上級医は、１日量を意図して研修医に「セフメタゾン１２０とロミカシン２０ですね」と言い、指示を入力するように依頼した。研修医は、「セフメタゾン　１回１２０mg　１日３回、ロミカシン１回２０mg １日２回」と指示を入力し、看護師が指示に基づき患児に１日分投与した。その後、看護師の指摘により過量投与に気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. １５
53	障害の可能性（低い）	指示段階	看護師は、患者の体重を４３kg のところ６４．６５kg と電子カルテに入力した。医師は、入力された体重をもとに、化学療法で使用するアクプラとタキソールの量を算出し、アクプラ２０mg のところ２８mg、タキソール６０mg のところ９０ｍｇを患者に、化学療法１クール目の１日目、８日目、１５日目に投与した。１ヵ月後、患者は体重が４３kg になったことを医師に伝えたが、医師は、前回のデータが６４．６５kg であったため、聞き間違えと思い患者の体重を６３kg で登録し直した。その後、アクプラとタキソテールに変更し、化学療法を行うこととなった。その際、医師は、患者の６３kg で副作用を考慮したアクプラとタキソテールの量を算出し、アクプラ４２．５mg、タキソテール４２．５mg を患者に１日目と８日目に投与した。２週間後、患者に再度、体重減ったことを申告され、間違いに気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. １６

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
54	不明	指示段階	医師は、髄膜炎の患者にバンコマイシンの注射を行うため、薬剤部に投与設計を依頼した。薬剤部では血中濃度解析シートのコメント欄に推奨する使用量を記載する際に「１０００mg×３回」とすべきところ「１５００mg×３回」と記載した。医師は、バンコマイシンの量がやや多いと気が付いたが、その通りに処方し、４日間、患者に投与した。４日目に血液検査とともに血中濃度測定を行ったところ、急性腎不全の状態であることが判った。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. １７
55	障害なし	指示段階	患児に筋弛緩薬のエスラックスを投与することとした。持続投与の場合、添付文章によれば、７μg/kg/ 分の投与量が必要である。患児は６．３４kg であるため２．７mg/h の量であるが、mg と mL を間違え２．５mL/h（２５mg/h）を指示し、翌朝の発見時まで約１５時間投与した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. １８
56	障害の可能性（低い）	指示段階	患者に化学療法を実施するため、主治医と上級医を含む診療科内での検討の結果、ＢＡ療法が選択された。ＢＡ療法には「レジメン１」と「レジメン２」の２種類のレジメンが登録されていたが、患者に行う化学療法について、主治医はレジメン１、指導医はレジメン２と認識していた。「レジメン１：アクラシノン２０mg/m²・サンラビン２００mg/m²　７日間」、「レジメン２：アクラシノン２０mg/body・サンラビン２００mg/body ７～14 日間」であった。主治医は、「アクラシノン２０mg/m²・サンラビン２００mg/m²　７日間」からなる化学療法剤投与予定表を提出し処方をオーダーした。病棟薬剤師は予定表とレジメンを照合せず調剤室に提出した。調剤室の薬剤師がレジメンをオーダーに基づき調整し、「レジメン１」の化学療法を７日間行った。主治医は、上級医から「再発後の治療であり、１０から１４日のしっかりした治療が必要である」と指導を受け、ＢＡ療法（レジメン１）を３日間延長することを決定し、３日間の延長分予定表を提出した。病棟薬剤師は、レジメンと化学療法剤投与予定表を照合せず調剤室に提出した。調剤室の薬剤師は、レジメンを照合し、レジメンから逸脱しているが、予定表に延長分と記入されている事と病棟薬剤師より追加治療が必要であると主治医からの情報があるという事で主治医に確認を行わなかった。その後、３日間の延長分のBA 療法を行った。更に、主治医は、４日間の再延長分ＢＡ療法（レジメン１）の予定表を提出した。病棟薬剤師は、レジメンと化学療法剤投与予定表を照合せず調剤室に提出した。調剤室の薬剤師は、レジメンから逸脱していることに気付いたが、化学療法剤投与予定表に再延長分と記入されている事と前回の３日間のＢＡ療法の延長があるため、主治医に確認しなかった。４日間の再延長分のＢＡ療法を施行後、上級医からＢＡ療法の過量投与である事を指摘された。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. １９
57	障害の可能性なし	指示段階	患者に対しＭＰ療法を開始した。プレドニン３０mg、アルケラン４mg の内服を４日間内服で終了の予定であった。入院当日に内服を飲みきり終了としなければならないところを、内服薬プレドニン３０mg、アルケラン４mg を７日分処方し続行とした。病棟担当薬剤師は、ＭＰ療法としては量が通常より少ないため連日投与も可能かと思った。追加処方された時点で、患者に確認したところ、患者は休薬のことは聞いておらず、念のため主治医へ継続でよいのか伝言をした。主治医は伝言を見てＭＰ療法の確認を行い、７日間過剰投与したことがわかった。骨髄抑制などの副作用を考慮し、放射線治療を５回で中止した。その後、骨髄抑制症状改善し放射線治療再開、予定の計１０回終了し疼痛も緩和している。誤投与後、副作用はない。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ２０

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
58	障害の可能性なし	指示段階	患者は、ラニラピッドを（０．０５mg）０．５錠１×朝食後に内服していた。看護師は、院内処方に切り替えるため、紹介先の医師の紹介状ではなく紹介先の看護師が手書きで書いたメモを見て、「ラニラピッド（０．５mg）０．５錠１×朝食後」を処方するよう医師に依頼した。当院ではラニラピッドの規格が「０．０５mg」と「０．１mg」しかないため、医師は、「ラニラピッド（０．１mg）２．５錠１×朝食後」と処方し、患者は、処方通り１２日から２１日まで内服した。２２日からの内服分の処方も依頼していたが、２１日薬剤科よりラニラピッドの処方量が通常より多いと指摘され、１２日から２１日まで本来の約１０倍量のラニラピッドを内服していたことが分かった。患者は、透析中であり、血中ジゴキシン濃度測定すると４．５８ng/mL であった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ２１
59	障害なし	準備段階	患者は、入院時に持参薬として内科と精神科で処方された薬を持参した。入院１日目、看護師Ａは、家族が持ってきたお薬手帳と持参薬を薬品検索依頼のため薬剤部に提出した。精神科の薬が入っている薬袋には、用法として「１日４回、毎食後・就寝前　１回に　リスパダール錠１mg　２錠ずつ、デパス錠０．５mg　２錠ずつ　合計２種　お飲みください」と印刷されていたが、お薬手帳には、用法が記入されていなかった。薬剤師Ｂは、薬袋に記載された用法で薬を一包化しなおし、薬剤師Ｃが鑑査をし、病棟に払い出した。入院２日目手術翌日、看護師Ｄが朝・昼とリスパダール・デパスを与薬した。夜勤看護師Ｅは患者が傾眠であり、嚥下が困難な状況で食事や内服ができないこと、手の震えがあったことから、薬剤師Ｆに相談した。薬剤師Ｆは、向精神薬を急に止めると悪性症候群の発生の可能性があることを伝えた。看護師Ｅは主治医に報告し、夕・眠前の内服を中止した。入院３日目、患者が傾眠であることについて、医療安全管理者の薬剤師Ｇに相談した。医療安全管理者の薬剤師Ｇは、過量投与の可能性を疑い、確認したところ、実際にはリスパダール・デパスは１日１回寝る前に１錠ずつ服用であったが、他医の精神医が８倍処方をし、８ヶ月分の内服薬を患者に渡していたことが分かった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ２２
60	障害なし	準備段階	医師Ａが指示したトポテシン９１mg/body、ブリプラチン９１mg/body を医師Ｂはトポテシン９１mg/m²、ブリプラチン９１mg/m² で計算した。ダブルチェックをした医師Ｃは９１mg/m² で計算したため、患者にトポテシン１３５mg、ブリプラチン１３５mg を投与した。次クールの計算をしているときに気付いた。血液検査をした後次クールの化学療法を中止とした。発見後患者に電話、来院して頂き説明と採血検査をした。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ２３
61	障害の可能性なし	準備段階	１歳７ヶ月の患者に点滴を準備する際、指示量がペンマリン１８０mg であったため、ペンマリン１Ｖ２g を生理食塩水 20mL で溶解し、１．８mL を投与すべきところ１８mL（１８００mg）投与した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ２４
62	障害の可能性なし	準備段階	新人看護師は、点滴の混注作業を分実施した。その際、ダブルチェックを新人同士で行った。ヒューマリンＲの指示は単位を口頭で、１０単位と指示されたが、１００単位混注した。１７時、患者に定期の血糖測定を行ったところ、４１mg/dL であり、再検後も４３mg/dL であった。指示箋を再確認した際、ヒューマリンＲの混注量を１０単位のところ１００単位混注していたことに気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ２５

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
63	障害の可能性なし	準備段階	インスリンの指示は、「朝食前０単位」と記載されていた。看護師は、自分の処置シートに記載する際、「朝食前１０単位」と見間違え「ノボラピット１０U」と書いた。朝食前の血糖測定後、ノボラピット１０単位を皮下注射した。別の看護師に指摘され、この患者は朝インスリンを投与しない患者であったことに気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ２６
64	障害なし	準備段階	指示はラシックス３mg（０．３mL）であった。通常、ラシックスは１０倍希釈し使用していた。看護師は、このことを認識していたが、単位を見間違い、３mL をアンプルから吸った。点滴台の上に注射箋を置き、声に出して指示を読んでダブルチェックをしたが、ダブルチェックの相手も間違いに気付かなかった。注射箋を患者の近くに持って行き、指示書と照らし合わせ、ＩＶする内容と量を確認したが間違いに気付かず、患者にラシックス３mL（３０mg）を投与した。使用した量を経過表に記載しようとした際に、「ラシックス０．３mL　ＩＶ」と記載されており、投与量を間違えたことに気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ２７
65	障害の可能性なし	準備段階	加齢黄斑変性に対するシロリムス投与の治験のため治験担当医は、薬剤、注射筒、投与指示書を担当ＣＲＣから受け取った。指示書には３０μL とあったため、準備された３０unit インスリン用注射器で３０の目盛（３００μL）まで吸引した。量が多いと思ったがダブルチェックできない仕組みのため、不安に思いながらも左眼結膜下に注射を実施した。同日の診察で、左眼全周の眼球結膜浮腫、びまん性表層角膜症、眼痛等出現した。２日後、症状が持続するため状況を確認したところ１０倍量の過剰投与が判明した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ２８
66	障害の可能性なし	準備段階	ソルデム３A ５００mL にヒューマリン R4 単位を混注し、６０mL/h で持続輸液する指示が出ていた。明け方、担当看護師がソルデム３A ５００mL にヒューマリンＲ４mL（４００単位）を混注し、患者に投与した。２時間半後、血糖測定時に低血糖（BS ＝５３）が出現したため、薬剤量を間違えたことに気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ２９
67	障害の可能性（低い）	実施段階	患者の次女は患者が不眠であるため、「以前、眠れないときにバルレオン錠０．２５mg（ハルシオンの同効薬）半分を服用していたことがあるので眠剤を出してほしい」と病棟看護師Ａに希望した。看護師Ｂは、処方されたハルシオン錠０．２５mg １回１錠服用の５回分を、患者が自己管理出来ると判断し、患者に薬袋ごと渡した。患者は、薬袋から２錠を取り出し、１錠を服用し、もう１錠は翌日飲もうとＴＶ台の上に置いた。翌朝、病室内のトイレで、トイレの回転扉を開けようと右手でドアのバーを握った際に、ドアの開いた勢いで体のバランスを崩し、尻餅をついた。立ち上がろうとしたが出来ず、再度３回転び、トイレからベッドまでの１３０cm の距離を４０分くらいかけて戻った。患者は、オーバーテーブルに朝食後のお膳をのせ下膳しようと、廊下に前屈位で出てきたのを看護師が発見し、介助にてベッドに戻った。患者は、「足に力が入らない」と告げた。昼頃、長女が面会に訪室した際に、「患者がぼーとしていて、家と病院とが混乱している、呂律が回らず、尿失禁した。ハルシオン錠の１錠分の空のシートがテーブルの上にあった。間違えて飲んでしまった可能性がある。」と看護師Ｃに伝えた。その後、患者の希望により、外泊を行ったが、外泊中、股関節痛、歩行困難が生じた。転倒から５日後、ＸＰの結果、右大腿骨骨折と診断された。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ３０

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
68	障害の可能性なし	実施段階	中心静脈カテーテル挿入時は臨床工学技士が介助につくことが多いが、その時は部屋に入っておらず、看護師Ａが一人で介助を行った。麻酔科医Ａは、「ヘパ水ちょうだい」と看護師Ａに口頭指示し「ここに入れて」とだけ声をかけた。通常は、中心静脈カテーテル挿入時のヘパリン生食水は圧モニター回路用（ビガーボン液５００mL ＋ヘパリン２０００単位にて作成）をトランスデューサーから注射器でひいて使用するため、麻酔科医Ａは、当然この時もそうするだろうと思っており、看護師Ａの行動は見ていなかった。看護師Ａは中心静脈カテーテル挿入の介助につくのは今回が初めてであった。ヘパ水と言われ何に使うのか疑問に思ったが、ヘパリン原液を使用すると思い薬品庫に行きヘパリン一万単位を取って来た。量の指示がなかったので、少しでいいだろうと思い２～３mL 注射器でひき、カップに入れた。この際薬品名の確認や使用量の確認は行わなかった。カップの中に入れた薬剤が少しだったため、麻酔科医Ａは「もう少し入れて」と依頼し、看護師Ａは残りのヘパリンを全部カップの中に入れた。麻酔科Ａは、カップにはヘパリン生食が入っていると思い、カテーテルコーティングのために挿入前に１mL 程度ヘパリンを使用した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ３１
69	障害の可能性（高い）	指示段階	生後４５日の超低出生体重児の患児に対し、動脈管開存症に対してインダシンを投与していたが、ポンタール内服を行うことにした。主治医は、力価で１．５mg 投与すべきところ、シロップ量で１．５mL（４８．７５mg）の処方と指示を出し、看護師がその通りに投与したため、患児に約３０倍の過量投与を行った。上級医がカルテを見て過量投与に気付いた。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ９
70	障害の可能性（低い）	指示段階	患者は、スピロノラクトンを２５mg 内服していたが、腎機能増悪と高カリウム血症を認めたため、医師はスピロノラクトンを減量し、半量の１２．５mg を処方することとした。患者が内服していたスピロノラクトン２５mg は錠剤であったが、それ未満の量を処方するため、医師はアルダクトンＡ細粒１０％（有効成分：スピロノラクトン）を製剤の総量を意図して１２５mg と処方入力した。薬剤師は、処方入力された「１２５mg」を有効成分の量として調剤した。患者が１２日間内服したところで薬剤部が間違いに気付いた。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. １０
71	障害の可能性なし	指示段階	０ヶ月の未熟児に対して、インダシン投与を行うこととなった。医師は、注射指示を出す際、投与量を０．０７mg とするところ、０．７mg と指示し、投与量を１０倍としていた。その後、医師は、注射ラベルの確認すると、指示が間違っていることに気付いた。患児には、すでに約０．５５mg 投与されていた。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. １１
72	障害の可能性なし	指示段階	ＤＩＣ・ショックの治療のため「レミナロン１０００mg ＋５％Ｇ５００mL」を２０mL/h で末梢（左手）より３日間投与した。３日後、血小板が１．９万となりＤＩＣの治療強化のため「レミナロン１６００mg+ ５％Ｇ５００mL（０．３２％）」を２０mL/h で末梢より投与した。 その翌日、左手刺入部位の皮膚壊死となり、左足に刺しかえた。４日後、左足刺入部の皮膚壊死あり、レミナロンによる静脈炎、皮膚壊死と判断し中止した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. １２
73	障害なし	指示段階	医師は、患者に中心静脈栄養ポートからのインスリンの持続投与を予定していた。インスリンを指示入力する際、ヒューマリンＲを「２４単位」と指示するところ、「２４mL（１mL １００単位）」と指示した。医師は、入力する単位（単位数と用量）の違いに気付かなかった。また、入力した医師も指示を受けた看護師もその間違いに気付かなかった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. １３

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
74	不明	指示段階	原発性肺高血圧症等で入院中の患者に対し、中心静脈カテーテルからの高カロリー輸液を投与していた。最初１日目～３日目はフルカリック１号を、その後の４～５日目にはフルカリック２号を投与していた。高カロリー輸液投与５日後に高カリウム（６．３）を認めたため、担当医（研修医）は指導医と相談し、夕方輸液をカリウムを含まないハイカリックＲＦに変更するよう指示した。この時、１０００kcal/５００mLを指示するところ２０００kcal/１０００mLと指示した。その翌朝、高血糖を認め、日中はインスリンにて対応した。夜間、ハイカリックＲＦによる投与エネルギー量が２０００kcalと２倍量であることに気付いた。担当医（研修医）はフルカリックとハイカリックＲＦの含有エネルギーを同等と思い込み、カロリー計算を誤っていた。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. １４
75	障害の可能性（低い）	指示段階	主治医は、患者にメネシットで症状が改善見られたため、翌日からレキップ（０．２５mg）６錠３×朝・昼・夕の処方計画をたて、副主治医（研修医）に処方オーダするように指示した。研修医は、指示に「○月×日より、レキップを６錠３×朝・昼・夕」と記載したが、「レキップ０．２５mg ６錠分１」とオーダー入力した。患者は処方通りに内服したため、眠気と排尿障害を認め、薬剤性神経因性膀胱をきたした。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. １５
76	障害の可能性（低い）	指示段階	主治医は、メネシット投与で症状の改善を認めたので、更に症状改善を図る目的でレキップを使用する計画を立てた。副作用として眠気があるので少量より増やす予定で副主治医（研修医）に処方オーダするように指示した。副主治医は、指示に「○月×日朝よりレキップを開始します。レキップ０．２５mg ６錠３×（朝昼夕）」と記載し、処方した。処方オーダーでレキップ３×と入力すべきところを６錠分１と入力した。翌日深夜看護師が朝食後の薬剤を持参した。患者は錠剤が多いと思ったが看護師が持参したので安心し６錠内服した。朝、副主治医は画面を見ている時、薬剤の処方間違いが判明した。２時間後患者は、眠気を訴えた。夕方より排尿困難を訴えた。泌尿器科受診し薬剤性神因性膀胱を疑われエブランチル内服と間歇導尿を行った。翌日退院予定であったが、そのため入院が延長となった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. １６
77	障害の可能性（低い）	準備段階	看護師Ａは朝、１２時に更新するメイン点滴（フィジオ３５　５００mL＋ヒューマリンＲ１０単位）を作成する際、看護師Ｂと注射ワークシートを見ながら、声だし確認し、ヒューマリンＲ１０単位混注するところ、１００単位をメインの点滴に混注した。その後、患者は別の病棟に転棟するため、作成したメイン点滴を転棟先に持参した。看護師Ａは午後別の患者の処置をしていた際、インスリンの量を間違えたことに気付いた。すぐに転棟先の病棟へ連絡し、メイン点滴を中止してもらうに伝えた。患者は、１２時頃　低血糖症状訴え（血糖６１mg/dL）、４０％ブドウ糖２０mL静注し、その２時間後、再度、患者が低血糖症状訴え（血糖４２mg/dL）、４０％ブドウ糖２０mL ２Ａ投与した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. １７
78	障害なし	準備段階	患児に対し、１０倍希釈デスモプレシン（デスモプレシン０．５mLと生食４．５mL）０．０４mLを１回/日点鼻の指示が出た。指示受けした看護師Ａと実施する看護師Ｂで与薬準備を行った。指示を指差し確認し０．０４mLを復唱、薬液をマイクロシリンジに０．４mL吸い上げた状態で「０．０４mLです」とシリンジを見せながら確認した。シリンジを見た看護師は、「．４mL（の記載）」を「０．０４mL」と見間違い、患者に０．４mL投与した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. １８

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
79	障害の可能性なし	指示段階	患者は、化学療法目的で入院加療中であった。今回が化学療法の３クール目で、タキソール、シスプラチン、５ＦＵを投与していた。１クール目で腎機能障害が出現し、２クール目では、シスプラチン１２０mgを８０mgに減量し、２クール目で回復していた。今回は前回同様８０mgでも可能であったが、６０mgの投与予定とした。他の２剤は前回と同量とした。オーダー入力の段階で、ブリプラチン（シスプラチン）２０mgを３本とオーダーするところ、デフォルトがランダ（シスプラチン）１００mgであったため、デフォルトのままでオーダーした。当日朝の混入時は、ローテーション研修医がオーダー通りの混入を行い患者に投与した。当日の夜、オーダーの誤りに気付いた。	第２０回 図表Ⅲ-２-１ No. ２
80	障害なし	指示段階	進行膵癌に対してジェムザールを３回（入院中１回目～３回目８００mg）計画投与することとしていた。患者は、２回投与後に退院した。外来での化学療法の３回目の投与の際、入院主治医は点滴伝票にジェムザール１４００mgと入力し、患者に投与した。	第２０回 図表Ⅲ-２-１ No. ３
81	障害の可能性なし	準備段階	当院では化学療法を実施する患者が当日入院であった場合、薬剤部でのミキシングを行わず、担当医もしくは看護師が抗癌剤のミキシングを行うことになっている。看護師Ａはすでにミキシング施行済の抗癌剤を病棟に置いていた。看護師Ｂは薬剤が届いていないと思い、追加のダカルバジンを請求した。その後、医師がミキシング済の薬剤に更にダカルバジン２７０mgをミキシングし、患者に投与した。患者にはダカルバジンが２倍量投与された。	第２０回 図表Ⅲ-２-１ No. ４
【方法間違い】				
82	障害の可能性（低い）	指示段階	患者は、心不全のため入院することとなった。主治医が不在であったため、代行医が入院後の診察、指示を行なった。その際、内服薬の持参がなかったため循環器病薬、血液内科治療薬も併せて処方した。血液内科治療薬は化学療法のための抗癌剤であり、月に１回、４日間のみの内服であったが、代行医は連日内服するものと誤認し処方した。患者は、その月の抗癌剤内服（４日間）をすでに終えていたが、更に３日間内服した。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. １
83	障害の可能性（高い）	実施段階	朝の検査データで血清カリウム２．５の為主治医よりアスパラＫ　２Ａ（２０mEq）メインＩＶＨ内混入の指示と注射箋をリーダー看護師Ａが受け、看護師Ｂに薬剤受領とその日の担当の看護師Ｃに伝えることを依頼した。１０分後、看護師Ｂは薬剤を受領し、トレイに薬剤・注射器・注射針・酒精綿・注射指示箋を準備し、担当Ｃ看護師に説明して渡した。その後、担当Ｃ看護師は注射を準備して側管よりワンショットで注入した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ３２
84	障害なし	実施段階	人工股関節置換術を脊髄・クモ膜下硬膜外併用麻酔により行っていた。上級医Ａはポプスカイン０．３７５％　５mLを硬膜外よりワンショット注入した。研修医Ｂは、上級医Ａが実施するのを見てポプスカイン０．３７５％を「硬膜外に入れることを確認した。約２０分後、上級医Ａはポプスカイン０．３７５％　６mLを注射器に準備して研修医Ｂに渡した。研修医Ｂは、渡されたポプスカインを患者の静脈ルートから投与した。その後、遅番の上級医Ｃに交代し、上級医Ａは痛みに対しては、何を使用したのか聞いたところ、研修医Ｂは「ポプスカインを静注しました」と答えたことから、誤薬に気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ３３

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
85	障害なし	指示段階	急性肺炎で入院した２歳の患児に対し、担当医は、メチルプレドニゾロンを投与する際、静注薬の「デカコート」ではなく筋注用の「デポ・メドロール」を処方した。看護師は、静脈投与の指示に基づき「デポ・メドロール」を静脈投与した。担当医は、端末に「メチルプレドニゾロン」と入力したところ、「デポ・メドロール」が検索され、「デポ・メドロール」が「メチルプレドニゾロン」であることを確認したが、使用方法までは確認しなかった。指導医は口頭で報告を受け、使用について承諾したが、使用方法については確認しなかった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. １９
86	障害の可能性なし	指示受け・申し送り段階	患者は、生体肝移植後の出血のため木曜日にＩＣＵ入室した。翌日の昼から患者にプログラフの持続注射を開始した。医師は、２日でプログラフを終了するつもりであった。２日後、プログラフがなくなり、指示書に中止の指示がなかったため、担当看護師は追加投与した。担当看護師は、持続注射を継続していると申し送りを受けていたため、主治医に確認しなかった。３日後、プログラフがなくなり、指示書にプログラフ持続注射の指示がなかったため、別の担当看護師が主治医に確認したところ、土曜日のうちに終了する予定だったプログラフの持続注射が追加更新されていたことが判った。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ２０
【速度間違い】				
87	障害の可能性（高い）	準備段階	指示のプロポフォールを１４mL/h に設定し投与するところ、１４０mL/h で設定し輸液ポンプを開始した。１時間後、輸液ポンプのアラームにて訪室、プロポフォールの点滴が輸液完了となっていたため、輸液ポンプの流量設定を間違えたことに気付いた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. １９
88	障害なし	準備段階	患者に「５００mL＋アトニンＯ５単位　１A　８mL/h」を輸液ポンプで投与するところ、輸液ポンプにセットする前に輸液のクレンメを全開にしたため、３分間に８０mL の輸液が投与された。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ２０
89	障害の可能性なし	準備段階	患者は、鎖骨下静脈にダブルルーメンのＣＶカテーテルが挿入され、メインルートから「ラクテックＧ　５００mL が１２５mL/h」、サブルートからは「カタボン Low　１２mL/h」が同じ点滴スタンドを使用して輸液ポンプで持続投与されていた。メインルートを更新する際、カタボン Low 側の輸液ポンプをメインルート側の輸液ポンプだと思い、予定量と流量を設定した。その結果、カタボン Low が時間１２mL/h のところ、２５mL/h で約４５分間投与した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ２１
90	障害の可能性なし	実施段階	患者に大量のステロイドによる治療が開始され、シリンジポンプを使用してインシュリンを持続で投与していた。深夜看護師はシリンジポンプが停止していることに気付いた。翌日、確認したところ、前勤務者は、２２時の時点で残量と流量は確認したがポンプが作動しているかを確認していなかった。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ２２
91	障害なし	実施段階	患者の疼痛増強のため、塩酸モルヒネ希釈薬を投与する際、医師は、病棟ナースセンターで注射指示書を確認し、０.３mL/h の流速を目視で確認した。ベッドサイドに行き、シリンジポンプの表示切替に触れてしまい、「積算量表示」に切り替わったことに気付かず、その表示を「流速」と思い込み、３.３mL を早送りをした。また、看護師の指摘後、再度、注射指示書を確認したところ、静脈注射ではなく、皮下注射すべきであることに気付いた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ２３

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
92	障害の可能性（低い）	指示受け・申し送り段階	研修医Ａは主治医Ｂの監督下で、患者に対し生食にフェンタニルを混ぜたものを、シリンジポンプにより６mL/h で持続静注投与し、看護師が８時間ごとにシリンジを更新していた。これを１日ごとの更新にするため、研修医Ａはフェンタニルの濃度を３倍に流速を２mL/h に変更し翌日から投与するため、当日の注射オーダーを入力した。この時、研修医Ａは、注射指示簿の更新を行なわず、注射濃度・流速が変更となっていることを看護師にも報告しなかった。当日のリーダーであった看護師Ｃは、患者にフェンタニルのオーダーがあることを確認したが、組成と流量が変更になっていることを確認しなかった。翌日の早朝、フェンタニルの輸液を更新する際、研修医Ｄは注射オーダー通りに調整した。看護師Ｅと看護師Ｆは、ラベルと注射指示簿でダブルチェックを行なった。流量を確認する段階で看護師Ｅと看護師Ｆは、これまで６mL/h で持続投与されており、流量・組成変更の申し送りがないため、ラベルに２mL/h と記載されていたが６mL/h と書き直した上で患者に投与した。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. １１
93	障害の可能性（低い）	実施段階	患者はドルミカム５Ａ＋生食４０mL を０．５mL/h で投与していた。血圧が低下したため、主治医の指示によりドルミカム一旦中断したが、不穏状態となったため指示によりドルミカム５mL フラッシュし０．５mL/h で再開することとなった。その際、流量を５mL/h で設定し、患者に投与した。６時間半後、流量が誤っていることに気付いた。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. １２
94	障害なし	準備段階	患者は、輸液ポンプ（テルフュージョン輸液ポンプＴＥ-１７１Ａ）を使用してメインの輸液（フルカリック２号）を８６mL/h で投与し、側管からはシリンジを使用して、ヒューマリンＲ５０単位＋生食５０mL を１．５mL/h で投与していた。メインの輸液を交換する際、輸液ポンプの表示が外からの光に反射して見えづらかったため、右手で影を作るようにかざしながら流量、予定量の設定を行い、輸液ポンプのチェックリストを使用し、２度表示を確認した。１時間後、血糖値が「Ｈｉ：血糖５００以上」であり、主治医に報告した。確認すると、点滴本体の輸液ポンプの設定量が「８６０mL/h」になってることに気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ３４
95	障害の可能性なし	実施段階	患者は、動悸、嘔気、発汗を訴えた。確認すると、中心静脈点滴フルカリック２号１００３mL を４時間で約８００mL、指示の約３倍の速度で投与していた。このため、患者は、低血糖状態となり、血糖値が８３mg/dL となった。その後、更に血糖値が低下し３５mg/dL となった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ３５
96	障害なし	実施段階	肝不全、腎不全の患者に対し、２４時間持続でピーエヌツインを投与していた。朝１０時に更新予定であったが、４時半に終了した。輸液ポンプを使用していたが、予定より５時間半早く終了した。投与量としては、約５００mL 少ない状況であった。早く滴下したのか、投与量が不足していたのかは不明である。予定量が早く滴下してしまっていたならば、点滴を続行することは過剰投与になると考え、当直医に報告せず、一旦ロックした。朝、主治医が来棟した時には、朝の採血依頼をしなければいけないことに気を取られ、報告を忘れた。朝の採血結果で、低血糖、アシドーシスが進みメイロンを投与した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ３６

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
97	障害の可能性（低い）	準備段階	患者に塩酸モルヒネ１０００mg＋生食１４mLをシリンジポンプで０．６mL/hで投与していたが朝６時に０．４mL/hにポンプの設定を変更した。その後、深夜看護師は患者を車イスでトイレに誘導した。その際、ポンプの本体からコンセントをはずし、病室に戻って来てコンセントを差し込んだ。ポンプのアラームは鳴らなかった。２時間後深夜看護師はモルヒネ残量１４mL、０．４mL/hで注入していると日勤の受け持ち看護師に申し送った。受け持ち看護師は、輸液の残量の確認をしたが、設定値の確認をしなかった。昼、ポンプのアラームが鳴り他チームの看護師が訪室した。その時､輸液の残量が０mLでポンプの流量設定値が４mLになっているのを発見した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ２１
98	障害の可能性なし	準備段階	ノボ・ヘパリン７．５mL+生食２５０mLを輸液ポンプにて１１mL/hで持続投与していた。患者が前日に自己抜針し、残量を合わせるために予定量を１４０mLに設定した。その後点滴を切り替える際、予定量の２５７mLを流量として設定し、滴下開始した。３０分後、他の勤務者が完了アラームに気付き訪室した際に流量が間違っていることに気付いた。発見時にはすでに１４０mL投与されていた。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ２２
99	障害の可能性（低い）	準備段階	患者は、心臓血管カテーテル検査を実施し、終了後、「シグマート１２mg生理食塩水５０mLを６時間かけて投与」の指示あり、７．２mL/hで投与していた。「シグマート４８mg生理食塩水１００mLを２４時間かけて投与」の指示に変更となり、４．１mL/hで投与すべきところ、４１mL/hで投与した。シグマートの投与を中止し、担当医へ報告後、０．３％イノバン開始し、酸素カヌラ４Lへ変更した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ２３
100	障害の可能性（高い）	準備段階	患者は、入院後、抗不整脈薬としてリスモダン、ワソランを投与し、アンカロンの投与を３３mL/hで開始した。６時間投与後に１７mL/hに減量する予定であったが減量できておらず、翌日の深夜１時頃に気が付いて減量した。その時、心電図に著明な状態変化はなかった。その約９時間後、患者からのナースコールで看護師が訪室したところ、意識消失し、呼吸停止となった。心マッサージ、アンビューバッグ加圧、ＩＣＵ医師の到着後、気管挿管、エピネフリン投与、ＡＥＤによる除細動を行い、心拍再開した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ２４
101	障害の可能性なし	実施段階	フルカリック１号にツインパル５００mLを混注したものを１５時～２４時間でＣＶカテーテルより投与していた。０時に患者の部屋に行くと輸液が全て終了していた。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ２５
102	障害なし	実施段階	手術室で、麻酔科医の口頭指示により、患者にフェンタニルの流量を６mL/hから１mL/hに変更した。その際、麻酔科医は指示の変更を記載せず、手術記録には、「６mL/h ２日分」と記載されたままであった。病棟の看護師Ａに申し送りをする際、手術部の看護師Ｂはフェンタニルの流量を６mL/hと申し送り、また看護師Ｂもフェンタニルの流量が変更されていることを知らなかった。看護師Ａは、帰室後、フェンタニルが６mL/hではなく１mL/hであることに気付いた。帰室１０分後、看護師Ｂは看護師Ａにフェンタニルの流量を６mL/hに変更する電話をした。病棟に送られた手術記録には訂正がなく、看護師Ａはフェンタニルの流量を１mL/hから６mL/hに変更した。その後、フェンタニルの流量が麻酔科医が指示した量と違っていることが分かった。麻酔科医は、指示変更をした後、その内容を記録に記載しなかった。看護師Ｂは「フェンタニルを６から１へ減量」と言ったつもりであり、看護師Ａと看護師Ｂの間で確認が不十分であった。看護師Ａは電話であり指示ではないと思い、口頭指示票を使用しなかった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ２６

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
【対象者間違い】				
103	障害なし	実施段階	医師は、看護師Ａに患者の点滴が漏れたため、再度、点滴を投与するように依頼された。医師は、病室に入り患者の名前を呼んだところ、カーテン越しに返事があったため、もう一度名前を呼んでベットサイドへ行った。医師は、点滴漏れを確認し、新たに点滴を投与した。その後、看護師Ｂに点滴投与の報告をした。看護師Ｂがすぐに確認に行くと、別の患者の点滴が患者に投与されていた。同じ病室の２名の患者が点滴漏れによる静脈ラインの差し替えが必要であった。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ２４
104	障害の可能性なし	実施段階	患者Ａに朝の内服薬の薬包（抗精神科薬とダオニール錠１．２５㎎２錠を名前の部分から切り離し開封をし、開封した状態の薬包を配薬車の上に載せて置いた。そこへ薬を要求してきた患者Ｂに与薬をした。患者Ａに与薬をしようとした際に、患者Ｂの薬が残っていたことで、患者Ｂに患者Ａの薬を飲ませたことに気付いた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ２５
105	障害なし	準備段階	患者Ａは腹痛を訴え、対応した看護師Ｂは主治医に報告し生食１００mL＋ブスコパン１Ａの点滴を３０分で滴下する指示を受けた。その際、メモ紙に指示内容を記載した。看護師Ｃは看護師Ｂより指示内容の伝達を受け、看護師Ｄが実施した。メモには注射薬が記入してあり、患者の氏名の記載がなかったため、看護師Ｄは、患者Ｅの指示だと思い込み実施した。その後、主治医より問い合わせがあり、点滴を誤って実施したことが判明した。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. １３
106	障害の可能性なし	準備段階	夕方、注射係りの看護師Ａが、６人分の抗生剤をワゴンに乗せて注射を行なった。患者Ｂの注射をワゴンからトレーに取り分ける時、患者Ｃのセファメジンαキットを患者Ｂのものと思い込み、トレーに載せて病室に持ち込んだ。患者Ｂは、寝たきり状態で発語が出来ず、ネームバンドをつけていた。看護師Ａは、注射実施時の名前確認をせずに患者Ｂに患者Ｃの抗生剤を投与した。その後、４名の患者に抗生剤を投与し、ユナシンｓバックが残った。看護師Ａは、残っているユナシンｓバックが最後の注射予定の患者Ｃのものと思い込み、薬剤の名前シールを確認せずにトレーにとりわけた。患者Ｃに投与する際、「Ｃさん」と呼びかけ、患者が「はい」と返事をし、注射器に貼られているラベルの名前を見ずに注射を実施した。４５分後、患者Ｃは看護師Ｅに、「いつもと違い体がかゆい。注射の名前を見たら、違っていた」と訴えた。確認すると、注射薬剤の取り違えがわかった。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. １４
107	障害なし	実施段階	患者Ａの家族より「ラキソベロンを下さい」と言われた。看護師は、病室を間違えて、患者Ａの名前を呼ぶと、患者が返事をしたため、患者Ａの内服薬（ノルバスク、ミカルディス、ザイロリック、ガスター、マグミット、セフゾン、ヒシターゼ）を、患者Ｂに渡した。患者Ｂは服薬後、「今日は長い袋に入った薬はないのか」と看護師に聞き、看護師はベッドネームとリストバンド、薬の袋の名前を確認したところ、間違いに気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ３７
108	障害なし	実施段階	看護師は、１８時に患者Ａが眠前に内服するサレドのカプセルシートを準備した。２０時半に看護師は患者Ｂに患者Ａの内服薬のサレド１カプセルを取り出し、患者Ｂに見せ「寝る前の薬です」と説明した。患者Ｂは「赤いのだね」と言い、口をあけたため、看護師はサレド１００mg１カプセルを患者Ｂの口の中に入れた。３０分後、患者Ａより、「寝る前の薬を下さい」と言われ、誤りに気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ３８

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
109	障害なし	実施段階	夕方、看護師は、本日担当している患者の薬の内容と患者名を確認し、薬を薬杯に入れ白湯を入れ、ワゴンに載せ移動した。１５分後、個室から順に各患者に薬の注入を開始した。患者Ａに内服薬を投与するため、患者Ａの薬杯と薬袋を床頭台に持って行き、シリンジに薬剤を準備し投与した。次に患者Ｂの薬をワゴン車の上でシリンジに吸い上げたところ、患者Ａが痰を吹き出したため、シリンジを持ったまま患者Ａの所に移動し、吸引後、患者Ｂのアレビアチンとデパケンを患者Ａに投与した。投与後、患者を間違えた事に気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ３９
110	障害なし	準備段階	患者Ａの輸液ポンプのアラームが鳴ったため、点滴台に準備してあった輸液を持参し交換した。この時輸液ボトルに記載されている患者氏名と患者Ａに氏名の確認をしなかった。次に患者Ｂの点滴が終了し交換したがこの時も確認しなかった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ２７
【その他】				
111	障害なし	指示段階	入院時より、患者にバンコマイシン投与を開始して軽快していたが、バンコマイシンから他の薬剤への変更が検討された。その結果、ペニシリン系抗生剤を投与することとなった。また、前回入院時のサマリーにはアレルギーの記載がなかったため、サワシリンの投与を開始した。翌日より頸部を中心に発赤・発熱を認めたため、皮膚科にコンサルトを行ったが、薬疹には否定的であった。その後、過去のサマリーの患者情報欄にペニシリンアレルギーが記載されていたことに気付いた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ２６
112	障害なし	準備段階	注射補給室廊下において注射薬の返品作業を行っていたところ、病棟から返却カートの上面が濡れており、ホルマリンによる異臭を放っていた。返品作業を行っていたものも、目に刺激を覚え、手指にもかなりの灼熱感があった。病棟に問い合わせたところ、中央検査部に提出する検体をカートに乗せて運ぶ途中にこぼしてたことが判った。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ２７
113	不明	準備段階	看護係長と当事者とで薬剤部で調剤された抗癌剤（ＭＴＸ）の確認を行った。その後、当事者と日勤リーダーが実施時の確認を行い、予定時間より無菌製剤の調剤が１５分遅れ、焦りながら抗癌剤（HDMTX）の滴下方法を確認せずに開始した。夜勤への申し送りの際、点滴（ソリタＴ２　５００mL 十メイロン１A）を７０mL/h で滴下している側管から抗癌剤（メトトレキセート１７７０mg 十ソリタＴ２　４８０mL）を２０mL/h で滴下すべきところ、点滴（ソリタＴ２　５００mL 十メイロン１A）をとめて、メトトレキセートの入った輸液のみ投与したことに気付いた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ２８
114	障害なし	準備段階	ジゴシン酸０．１％は２００３年７月３０日に購入、同年１１月４日に開封、２００７年１２月３１日期限切れとなっていた。２００９年１２月に散薬充填のため予備棚内を確認する際にジゴシンの使用期限が切れていることに気付いた。期限切れを発見するまでの間、患者１３人に交付した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ２９

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
115	障害の可能性なし	準備段階	患者は発熱したため、緊急入院し、看護師Ａは患者にアレルギーはないことを確認した。前回入院時の情報にはアレルギー欄に「ボルタレン」と記載されていた。アレルギーがある場合は患者の個人ワークシートに記載することとなっていたが、看護師Ａは個人ワークシートへの記載を忘れた。看護師Ａは主治医Ｂからの発熱時の指示がボルタレン座薬５０mg の入院指示を受けた。翌日、患者に発熱があり、ロキソニン１錠を投与した。看護師Ｃはインフルエンザの可能性も考慮し、当直医Ｄに症状を報告し、ボルタレン座薬５０mg 投与の口頭指示を受けた。この時、当直医Ｄと看護師Ｃはともにアレルギー情報の有無の確認をしなかった。看護師Ｃは受けた指示を看護師Ｅに伝え、看護師Ｅが患者にボルタレン座薬５０mg を投与した。その１時間半後、看護師Ｃが訪室すると、患者の下腿に蕁麻疹を発見した。その後、患者に呼吸困難等が出現し、加療により症状は軽快した。看護師Ａは前回入院時の看護プロファイルのアレルギー欄にボルタレンが記載されていたことに気付いた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ３０
116	障害の可能性（低い）	実施段階	患者には、左鼠径よりＣＶカテーテル挿入されていたが、認知症がありＣＶカテーテルに触れる動作が見られていたため両上肢の抑制を行っていた。１週間後、左手の抑制をはずしたが、ＣＶカテーテルを引っ張る行為が見られた。固定していたガーゼが剥がれていたが、縫合部は外れていなかったため、経過観察を行っていた。その翌日、左下肢の腫脹が強く見られたため確認したところ、挿入時３５cm で固定されていたＣＶカテーテルが５cm しか挿入されていないことを発見した。約１４００mL の点滴液が皮下に漏れていた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ３１
117	障害の可能性（高い）	実施段階	当該患者は、２００７年までに上部消化管内視鏡検査において前投薬としてブスポン注射液を少なくとも１０回は使用していた。２００８年７月に当院上部消化管内視鏡検査を２回施行し、いずれもブスポン注射液を前投薬として使用していた。今回、他院で行った術後フォロー目的で受診した。今回も上部消化管内視鏡検査のため、前処置としてブスポン注射液１Ａを筋肉注射した。その後、患者は顔の熱感、悪心を訴え、呼吸状態、意識レベルが低下した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ３２
118	障害の可能性（低い）	実施段階	５歳の患者に、点滴留置し点滴開始した。４時間半後、父親が点滴漏れに気付き点滴抜去する。大腿部まで腫脹みられ、医師の指示にてリバノール湿布し経過観察していたが、朝方になり血管の走行に沿って下腿部全体に水疱形成みられた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ３３
119	死亡	実施段階	患者は、歯根嚢胞のため左下第６歯抜歯による開窓療法を行うこととなった。全身状態が良好であることを確認して処置を開始した。下顎孔伝達麻酔及び浸潤麻酔で２％キシロカインを３．６mL 使用し、難抜歯で分割による抜歯となった。その後、残根の位置確認でＸ線撮影を行ったが、患者に体調不良は認められなかった。３０分後、浸潤麻酔２％キシロカイン０．９mL を追加して処置を再開しようとしたところ、全身の震えが出現、頻拍、呼吸速迫、体温の急激な上昇を認めた。その後、急激なＤＩＣが進行し、翌日には多臓器不全に至った。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ３４

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
120	障害の可能性（低い）	実施段階	患者は、急性膵炎の治療目的として末梢からＦＯＹ（生理食塩水５０mL＋ＦＯＹ１５００mg）を投与した。 この期間中、両側手背で１回ずつ点滴漏れがあったが、手背の腫脹は軽度であり、痛み・発赤がなかったため経過観察し、その後退院した。２日後、右手背の腫脹・疼痛の訴えにより再入院となり、この時点では細菌感染による蜂窩織炎を疑い、約９日間治療を行った。その後も右手背の腫脹の程度は変動し、左手背も腫脹したことから、皮膚科受診をしたところ、ＦＯＹによる血管、軟部組織障害と診断された。患者には、中心静脈は確保されていたが、低栄養状態の改善目的で中心静脈栄養を投与していたため、配合禁忌薬の多いＦＯＹは末梢ラインからの単独投与を行っていた。また、注射用ＦＯＹの安全性情報によると末梢から点滴を行う場合、０．２％以下の濃度で使用することとなっているが、今回は結果的には約３％の濃度で投与行った。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ３５
121	障害なし	実施段階	手術室へ入室し、左鎖骨上アプローチにより腕神経叢ブロックを行う予定で穿刺を試みたが、全身麻酔に変更することとした。プロポフォールを静脈注射し導入したが３０分後、血圧測定困難となりショック状態となった。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ３６
122	死亡	実施段階	大腸憩室炎を繰り返し、腸炎によるサブイレウスとの診断で入院した患者に、絶食、補液、食事開始後も憎悪なく狭窄の原因精査の為、ＣＦを予定した。消化管通過状態は問題ないと判断し前処置を行った。前日看護師は患者に検査の説明（ムーベンを２時間かけてゆっくり飲むこと）した。検査当日朝７時ムーベンを患者に２Ｌの水に溶解し説明用紙と共に渡した。患者は認知力の低下があったが日常生活に支障はないと判断していた。３５分後、看護師が訪室すると、患者はムーベンを１７００mL を飲んでいた。その後、残っていた３００mL も５分間で飲んだと患者が話した。９：００に患者に腹痛、嘔吐が出現し、ムーベンを半分以上嘔吐した。消化管へは約５００mL 入ったと判断した。担当医師は診察により、腹部膨満がなく臍周囲に圧痛があるが腹膜刺激症状はなく、痛みが軽減した為様子観察とした。１２時のレントゲン撮影の結果では腸管の拡張も乏しく free　air も認めなかった。１９：００以降から徐々に意識レベルが低下した。CT の結果から消化管穿孔が判明した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ３７
123	障害の可能性なし	実施段階	患児に輸液ポンプを使用して点滴治療を行っていた。入院２日後、輸液の血管外漏出により、留置針刺入部周辺である患児の左足背全体にびらんが発生した。血管確保部の固定は、留置針刺入部が見えない方法で行っていた。そのため、観察が不十分となった。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ３８
124	死亡	実施段階	術前化学療法を開始しすることとなった。ＴＳ－１（２５mg ×４Ｃ，４週間）投与を開始した。約１週間後より、副作用と思われる口内炎出現し、フェンタニール舌下錠の治験開始した。その後、手足に水疱が出現し、口内炎の増悪も認められたため、翌月１日にＴＳ－１を中止した。その翌日、全身状態が悪化し患者は死亡した。剖検の結果、肺出血、肝梗塞、小腸粘膜下出血があり、ＤＩＣが疑われた。家族に対して、心筋梗塞・肺梗塞・脳血管障害は否定的、何らかの原因による全身的な凝固系の異常、感染などを契機とした急性循環不全などの可能性あり、ＴＳ－１の有害事象である可能性も否定できないことを説明した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ３９

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
125	障害の可能性（高い）	実施段階	患児の左手背部に生食１００mL を７０mL/h で投与し、終了後「ソリタＴ２　５００mL ＋５０％ブドウ糖２　０mL」を２０mL/h で投与した。点滴開始時に刺入部と滴下状態を確認した。４時間後、点滴刺入部の観察をしたところ、左前腕部点滴漏れによる腫脹、手背に３カ所の水疱を発見した。点滴は１３０mL 程投与された。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ４０
126	障害なし	実施段階	患者に対し造影剤（オムニパーク）を用いてＣＴ撮影を行った。終了後、患者は気分不快を訴えた。その後嘔吐、冷汗があり、血圧が低下した。昇圧剤、副腎ステロイドの投与等、救急処置を行った。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ４１
127	障害なし	実施段階	患者は、ベイスンをヒートごと内服した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ４２
128	死亡	実施段階	患者は、胸水で呼吸状態が悪化していたが、かなり改善してきていたため、夜間の不穏、せん妄状態に対し、抗精神病薬を使用していた。○月△日の深夜帯でも不穏状態となり、ロヒプノールを使用し、入眠（意識状態が低下）した。ロヒプノールは２mg/ １mL ＋生食１００mL を２０mL づつ２回に分けて使用した。翌朝の血液ガス測定で極度の高二酸化炭素血症となっており、死亡した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ４３
129	障害の可能性（低い）	実施段階	末梢ルートからの点滴で４８時間抗癌剤を投与していた。点滴更新時に点滴刺入部の漏れに気付いた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ４４
130	死亡	実施段階	術前化学療法を行う方針となり、ＴＳ－１を用いることとなった。翌月、摂食障害がみられ、検査の結果、ＴＳ－１の副作用と考え、内服を中止した。６日後、摂食不良のため診察を行った。診察時に入院の希望があったが、全身状態が保たれており、ＮＧチューブからの栄養管理が可能であったため、その３日後まで自宅で待機となったが次の日、妻が入院を早めてもらうため病棟に連絡し、入院担当医師と相談することになった。その日の夕方、患者は発熱、歩行困難のため別の病院の救急外来に搬送された。診断の結果、著名な骨髄抑制とそれに伴う重度の炎症及び脱水が疑われた。その後、患者は急変した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ４５
131	障害なし	実施段階	CT 撮影のため造影剤を使用したところ、意識と血圧が低下した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ４６
132	障害の可能性なし	実施段階	手術終了後、左大腿にイソジンや洗浄液が流れた形跡が見受けられたが、その部位の皮膚に異常は見られなかった。看護師が直腸計を抜こうと患児の臀部を覗き込むと黒い母斑のようなものが見えた。当事者が観察したところ、両側臀部に水疱形成・黒色化を伴う熱傷と思われる皮疹が散見されたが、直腸計が通っていた部分は所見がなかった。事象発見後すぐに形成外科医師に診察を依頼、形成外科医師によりゲンタシン軟膏を塗布、アダプティック貼付の処置がなされた。パッチテストを実施したが、テストではアレルギー及び化学反応は確認できなかった。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ４７

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
133	障害なし	実施段階	患者は３日前よりより輸液ポンプ使用して輸液を投与していた。１０:００担当看護師Ａは、他の患者が急変して処置中であったため看護師Ｂが患者の点滴交換し、血液の逆流を確認した。１１:３０担当看護師は、一緒に看護援助をしていた看護師Ｃに点滴漏れを指摘されが、ナースコールがあり、「後でしよう」と思って忘れてしまった。点滴漏れに気付いた看護師Ｃは、担当に伝えたため大丈夫と思い退室した。１４:００担当看護師Ａは点滴チェックリストに添ってチェックしている時に、点滴漏れをしていたことを思い出したが検温中だったので他のメンバーに伝えようと思ったが忘れてしまった。１７:００準夜看護師Ｄに右足背が腫脹していると言われ、自分が忘れていたことに気付いた。点滴を差し替えた。翌朝、患者の右足背に水泡が４個形成されてた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ４８
134	障害の可能性なし	実施段階	６時ごろ、前日よりノルアドレナリンの流量を１mL/h に減量したが、血圧が１６０台に上昇していた。口頭指示により「１mL/h でも高血圧が持続する場合には主治医に確認し、中止」の指示が出ていたため、当直医に確認し中止の許可を得た。ノルアドレナリンはＣＶルート（トリプルルーメン白）からシリンジポンプを使用して投与されていた。担当看護師は、シリンジポンプを止め、シリンジのルート内の残薬を逆血があるまで採取し、それを破棄した後、生食でフラッシュした。生食でフラッシュした直後、患者は胸痛、頭痛、血圧の上昇を認めた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ４９
135	障害なし	実施後の観察及び管理段階	患者は、外来受診時に白内障手術の入院申し込みを行った。その際、医師は、患者にワーファリンの休薬について聞かれ、「循環器内科の医師から休薬の許可が出れば休薬した方が無難ですが、休薬は必須ではありません。また内科の医師に聞いて下さい。」と説明し、対診依頼は出さなかった。その後、患者は、約１ヶ月半後に入院したが、入院１週前から、患者の自己判断でワーファリンを休薬していたことがわかり、入院時のＰＴ（ＩＮＲ）が1.２８となっていた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ５０
136	死亡	実施後の観察及び管理段階	患者は、Ｓ状結腸進行癌の手術目的で入院した。前日より排便がなく、１５時、検査の前処置のため、下剤（ラキソベロンとマグコロールＰ）を内服した。２０時、腹痛と嘔吐があり、食事摂取を中止し、点滴を開始した。翌１時２０分、胃管チューブを挿入した。その後も頻回に観察を行っていた。６時２０分、看護師の回診で呼吸を確認した。８時２５分、家族が来院した。８時４５分、看護師が訪室したところ心肺停止状態であった。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ５１
137	障害の可能性なし	実施後の観察及び管理段階	手術終了後、麻酔担当医は気管チューブを抜去した。その際、麻酔担当医が輸液ボトルが空になっていることに気付き、新しい輸液ボトルに交換した。回復室で患者をストレッチャーから病棟のベッドへ移動させる際、麻酔担当医と麻酔責任者が患者の意識消失・呼吸停止に気付いた。直ちに下顎挙上による気道確保を行ったが、自発呼吸を認めず、蘇生バックによる用手的人工呼吸を開始した。その後は自発呼吸が出現、意識レベルも改善した。回復室での意識消失・呼吸停止の原因検索を行った結果、手術終了時に持続投与を停止した麻酔用麻薬アルチバ（レミフェンタニル）が輸液回路内に残存しており、輸液ボトルの交換によって一過性に急速過量投与されたことが原因と考えられた。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ５２
138	障害なし	その他	化学療法（ＭＴＸ）を行うにあたり、薬剤調合は薬剤部で実施している（前日１２時頃）。７時交換予定のソリタＴ２　５００＋メソトレキセート５０mg を確認したところ、白色に混濁していることに気付いた。１時から７時で投与中のソリタＴ２　５００　メソトレキセートを確認すると、白色混濁していた。ソリタＴ２とメソトレキセートは配合禁忌薬剤として明らかになってないものであった。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ５３

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
139	死亡	その他	化学療法目的の入院であり、カルボプラチン（４１０mg）パクリタキセル（２６０mg）投与した。当日と翌日は問題なかったが、３日目から全身倦怠増強、４日目白血球減少（１００以下）となり、G-CSF と抗生剤の投与を開始した。当日の尿から大腸菌を検出した。５日目全身状態さらに悪化し、７日目ＩＣＵ入室し人工呼吸器管理を開始した。８日目人工透析開始し、９日目未明死亡した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１ No. ５４
140	障害の可能性（高い）	指示段階	急性膵炎の疑いに対し、薬剤部日直時に、救急部よりアロデート２０００mg＋生食１００mL の注射薬のオーダーが出た。アロデートを末梢から投与する場合は０．２％以下に溶解しなければ、組織障害の発生が非常に高い薬品であったが、薬剤部での鑑査で指摘出来ず、２％の指示のまま払い出した。翌々日のに主治医の指示で当直医よりアロデート２０００mg を生食１００mL に溶解し、４mL/h で末梢の単独ルートから投与した。その翌朝、患者の刺入部が腫脹していることが判明して直ちに中止した。患者は刺入部に腫脹・硬結を生じ、皮膚科でステロイドの局注による治療を受けた。その後も高濃度のアロデート投与による組織障害の治療で入院中である。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. １５
141	障害なし	指示段階	患者は４日間、右手末梢血管から、生食２５０mL ＋パナベート１０００mg（濃度０．４％）を２４時間持続点滴していた。投与終了７日後、右手背の軽度腫脹と暗赤色変化が認められたが、痛みや訴えがないため経過観察した。投与終了１０日後、1 cm × 1 cm 大の壊死様変化をきたした。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. １６
142	不明	指示段階	注射用パナベート１５００mg ＋５％ブドウ糖液２００mL（濃度０．７５）を右足末梢血管から投与開始した。４日後、末梢血管留置針の交換予定日であったため、留置針を別の場所（右足）に刺し替え、担当医から「薬液の濃度が濃いのでビタメジン入りのソルデム３Ａ５００mL の側管から投与した方がよい」と指示あり、点滴ルートを変更した。５日間のパナベート投与が終了し、ビタメジン入りのソルデム３Ａ ５００mL を点滴後抜針する際、右足背に 6 cm × 5 cm 大の壊死様変化を発見した。５日間患部付近からパナベート入りの点滴をしており、点滴剤による血管障害ではないかと判断した。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. １７
143	障害なし	指示段階	胃ＥＳＤ施行、抗潰瘍薬の８週間継続内服とし、患者は退院した。２週間後の外来受診の際、残り６週間分の抗潰瘍薬を処方するのを失念した。退院から約１ヶ月半後、腹部Ｘ線にて上腹部穿孔の所見を認めた。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. １８
144	障害の可能性（高い）	指示受け・申し送り段階	患者は腎炎に対し当院第二内科外来に定期的に通院加療していたが、今年のある時期以降､内服薬(プレドニゾロン他)を自己中断していた。３ヶ月後、腎機能障害進行、腎炎再燃を認め、プレドニゾロン１５mg 内服を再開した。その後、加療目的で当院第二内科入院し、ステロイドパルス療法を２日間行なった。プレドニゾロン内服はパルス療法の間、中止していた。パルス療法終了後、プレドニゾロン内服を再開する指示していたが、医師、看護師、薬剤師の連携が悪く再開されていなかった。パルス療法の２日後、腎機能の悪化が進行し、肺炎を合併した。その後、血液透析を週３回行い、肺炎に対し抗生剤治療も行なったが、呼吸状態やＸ線写真上の改善にも関わらず炎症反応が続いた。パルス療法終了１０日後、薬を改めて見直したところプレドニゾロンを内服していないことに気付いた。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. １９

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
145	障害なし	指示受け・申し送り段階	患者は「持参薬が残り少なくなったため処方してほしい」と準夜帯に申し出た。看護師は、研修医に処方を依頼した。その時、内服開始日を入力せず、処方日が内服開始日で打ち出された。払い出された薬を、その日、その患者を担当していない看護師が患者のところへ持っていき、翌日からの内服を指示した。４日後、患者が体調不良を訴えた。患者は内科受診し、脱水と診断された。確認すると、患者が５日間ラシックスなどが重複して内服していたことがわかった。入院時より、薬剤師が内服に関与していたが、病棟訪問時カルテが見つからなかったため、服薬指導を行なっていなかった。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ２０
146	障害の可能性なし	実施段階	ＥＲＣＰ施行後、５％TZ２５０mL＋パナベート５００mg １V４１mL/h 開始していた。更新時の際、逆血がなかったため、ルートを抜針した。その後、５cm×５cm 大の腫脹が認められたが、発赤が認められなかった。軽度の圧痛があり。診察後、医師の指示により、パナベートは中止となった。点滴漏れ部位にハイコート、シプロキサンを乱刺注入し皮膚科受診となる。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ２１
147	障害なし	準備段階	発作性心房細動、脳梗塞の既往があり、ワーファリンによる抗凝固療法中の患者に対し、大腸内視鏡検査を施行した。下行結腸に径７mm のポリープが確認され、病理組織診の検体を採取した。その時点では検査に関わっていた者全員、患者がワーファリン内服中であることを認識できていなかった。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ２２
148	障害の可能性なし	準備段階	患者にＣＴ検査を計画した。ＣＴ依頼箋に喘息及び造影剤のアレルギー歴有りと記載されていた。放射線ＣＴ担当医師は、これを見て経静脈性造影剤を使用しない「単純ＣＴ」を計画したが、経口ガストログラフィン希釈液にはマークをつけた。上級医はこれに気付かなかった。検査当日、経口ガストログラフィン希釈液の投与指示を受けた看護師は、患者が「ヨードアレルギーがあるが大丈夫か？」と質問されたが、否定せず造影剤を服用させた。調べて中止させたときすでに半量を服用していた。気分不快、息苦しさ、顔面紅潮、嘔気嘔吐などの症状が出現した。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ２３
149	障害の可能性なし	実施段階	造影剤イオメロンとソルメドロール１２５mg 静脈内注射後、ＣＴ検査を施行した。その後、患者に息苦しさ、冷汗、チアノーゼが出現し、意識混濁状態となった。造影剤アレルギー（ヨードアレルギー、オムニパーク）の患者に造影剤使用の指示が出ていた。造影剤アレルギーがあり、前処置後の患者であるという情報がＣＴ室担当看護師に伝わっていなかった。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ２４
150	死亡	実施段階	血管造影開始時、患者の血行動態は安定していた。ＣＴ撮影後に造影剤（イオパミロン）による軽度の嘔気を訴えていたがプリンペラン静注にて改善した。腫瘍血管をマイクロカテーテルで選択し、アイエーコールとリピオドール混濁液を注入して３～４分後、血圧低下を認め治療を中止した。その後医師はアレルギー性反応を疑い、ボスミン、ステロイドなどを静注した。その１０分後にはＶＦとなりＣＰＲを開始し、その他、急変時の処置を行なった。加えて、人工呼吸器による呼吸管理を開始した。その後もＣＰＲ継続したが回復しなかった。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ２５
151	障害の可能性なし	実施段階	両眼白内障の手術目的で入院した患者は、日常生活は自立していた。入院後も内服薬は自己管理していた。翌日、右側手術後も生活に支障はなかった。入院３日後の夕方、患者より「薬をそのまま飲み込んだ（シートごと）」と訴えがあった。患者には、息苦しさ無く、違和感があった。その後、主治医へ報告、病棟にいた他科医師が喉頭鏡下で取り除こうとするが出来なかった。Ｘ線撮影し、上部食道にとどまっているのを確認した。消化器科医師により内視鏡で除去することとなった。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ２６

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
152	障害なし	実施段階	看護師は、患者が２１時頃マイスリー（５mg）１錠内服の希望したため、包装された状態で１錠手渡した。患者は、前日もマイスリーを１錠内服しており、他の内服薬も自己管理していた。看護師は、消灯して退室後、数分後に「げー」と吐くような声が聞こえたため、訪室すると、「殻ごと飲んでしまった。喉に引っかかっている」と患者から報告を受けた。ベッド周囲を探してもマイスリーの包装がみつからず、患者はＰＴＰ包装から薬剤を出さずに内服した。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ２７
153	障害の可能性なし	実施段階	慢性副鼻腔炎の患者に、手術中キロシカインＥを投与し、血圧２６０、ＨＲ１１０と上昇し、ＶＰＣ頻発、ＳＴ低下を認め、精査のため手術中止とした。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ２８
154	障害の可能性なし	実施段階	患者は、呼吸状態が悪化し、意識レベル低下、血圧低下が認められ、再挿管を行なった。体動激しいため、ディプリバン３mL/h 投与、自己抜管のリスクがあったため、ミトンと抑制帯を使用していた。オムツ交換をするため、看護師２人で抑制帯を外し右側臥位にすると、上肢が挿管チューブにあたり、2cmチューブが外れた。指示書と照らし合わせずディプリバン２mL フラッシュした。その後、患者は脈拍が低下し、顔面蒼白となった。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ２９
155	障害なし	実施段階	同じルートからハンプとフラグミンを投与し、配合変化が起った。医師の診察により、全身状態に変化はないことを確認した。ハンプとフラグミンをそれぞれ別に単独で投与出来るよう、新たに末梢ライン確保し、単独投与を行なった。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ３０
156	障害なし	実施段階	麻酔覚醒、抜管直後の患者においてメインルート内に残存していたレミフェンタニルが輸液速度の変更に伴い、急激に静脈内投与された。その結果、アルチバ（レミフェンタニル）の血中濃度が急激に上昇し、一時的に呼吸が停止した。このときアルチバ（レミフェンタニル）で報告されているような鉛管現象は見られなかった。そして、マスクによる酸素投与下であったにもかかわらず、酸素飽和度が低下した。しかし患者への呼びかけにより患者は自発的に呼吸を再開し、直ぐに酸素飽和度で９８％まで回復した。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ３１
157	障害の可能性（低い）	実施段階	治療効果を判定するために、ＣＴ検査を計画した。小児外科医は、鎮静薬を静脈注射して鎮静させ、放射線診断医は手背静脈ラインを使って、自動注入器で造影剤を注入した。放射線診断医は注入後に画像に造影効果がないことに気付き、ライン挿入部を観察したところ、前腕部が腫脹し、手指のチアノーゼが観察された。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ３２
158	障害なし	実施段階	造影ＣＴの為に医師の指示のもと看護師Ａが血管確保を試みた。２カ所穿刺したが、血管確保できず、看護師Ｂが交替した。看護師Ａも看護師Ｂもこの日初めてＣＴの介助に入っていた。血管確保用の針として技師が準備していたものは翼状針であったため、血管確保を翼状針で実施した。看護師Ｂにより、正中静脈に血管確保を行なった。造影剤の注入を開始しながら血管外への漏れがないかを技師と看護師Ｂで確認し、秒速１mL で注入を開始した。途中で２回、痛みの有無を確認したが患者の訴えはなかった。造影剤を注入終了後、直ぐに撮影を開始したが造影がされてないことに気付き、造影剤の漏れが生じたことがわかった。直ぐに、注入部位を確認すると皮下に漏れて上腕が腫脹していた。	第１８回 図表Ⅲ-２-５ No. ３３

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
159	障害の可能性なし	実施段階	右前腕より５ＦＵ、側管よりビーフリードを投与していた。訪室時には刺入部やや赤みあったが疼痛なく腫脹もないため経過観察していた。２時間後、刺入部やや腫脹あり（３cm×１．５cm）、疼痛あり、発赤はなし。圧迫にて疼痛増強あり。病棟来棟中の医師に診察を依頼し、ルート抜去後、経過観察となった。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ２
160	障害の可能性なし	実施段階	乳癌にてドセタキセル単独の化学療法を実施していた。１２時頃、観察時刺入部異常無く、テープ剥がれもなく経過していた。１３時頃、輸液ポンプ閉塞アラーム鳴り、看護師が駆けつけると点滴刺入部の固定テープが剥がれかけており、留置針が抜けかかっているところ発見した。直ちにポンプ停止、逆血確認を行ない逆血あり。腫脹・発赤ないが疼痛あるため抜針した。医師により再留置を行なった。抜去後、腫脹・熱感・発赤なく疼痛は消失した。主治医の診察もあり様子観察する。処置をした看護師は固定テープが少し濡れていたことに気付いた。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ３
161	障害の可能性なし	実施段階	患者は悪性リンパ腫のため化学療法を実施していた。医師が左前腕に２４Ｇで血管確保し、刺入部に異常がないことを確認し、オンコビン・テラルビシンへ更新した。その後、７０mLほど投与されたところで、逆血と刺入部に異常ないことを確認していた。テラルビシンが終了し、更新するために訪室すると逆血、刺入部の腫脹・疼痛はないが、刺入部に軽度発赤がみられた。その後、抜針し、主治医に報告し、ハイコート・キシロカインが局注され、デルモベート塗布、アクリノール湿布施行した。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ４
162	障害の可能性なし	実施段階	食道がんのため化学療法施行し、左前腕より５ＦＵを４５mL/hで持続点滴をしていた。その後、点滴刺入部より血管に沿って発赤５cm程度認められた。疼痛腫脹なく、血液逆流はあった。医師の指示により抜針した。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ５
163	障害の可能性なし	実施段階	患者は、化学療法のため、末梢から持続にてオンコビンとアドリアシン入りの点滴が５０mL/hで持続投与していた。深夜、患者にトイレまで付き添い介助をした。トイレ前で様子を伺っていたが、その際、ポンプのアラームは鳴らなかった。その後ポンプのアラームが閉塞で鳴ったため、滴下を観察すると滴下がなく、血液逆流も見られなかった。右手首橈骨側の刺入部は明らかな腫脹、発赤、疼痛は認められなかったが、医師の診察により、刺入部周辺にハイコート４mg、キシロカイン５mgを皮下注射を施行し、デルモベート軟膏塗布しアクリノール湿布施行した。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ６
164	障害の可能性（低い）	実施段階	看護師は患者の左上腕部へ留置針を穿刺し、ラクテックＤ５００mLを接続した。滴下も良好であったため、穿刺部をフィルム材で保護し固定し、点滴を開始した。約５分後、看護師が側管よりメソトレキセート＋生食２０mLをゆっくり注入した。（当院のルールでは、抗癌剤は医師が調剤し、安全を確認後、施注する薬剤となっている）。この時、患者は穿刺部の痛みを訴えず、腫脹・発赤もなかった。約３０分後、医師が施注しようと調剤室へいくとメソトレキセートが無かった為、確認したところ看護師が注入していたことがわかった。患者の所へ行くと、上腕部に縦５cm、横４cmの腫脹を認めたため、主治医は、患者に抗癌剤の漏れによる炎症と潰瘍形成などの影響の可能性について説明した。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ７
165	障害の可能性なし	実施段階	患者にナベルビン、ランダによる化学療法を開始した。化学療法の２日目、主治医と訪室したところ、左前腕の血管走行に従い発赤を認めた。自覚症状、硬結、腫脹は認められず、発見が遅れた。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ９
166	障害なし	実施段階	化学療法を９時頃より開始し、５時間後ナベルビンからシスプラチンに更新した。更新してから約１５分後、ガタンと言う物音あり、患者がトイレ入り口腹臥位で倒れているのを発見した。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. １０

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
167	障害の可能性なし	その他	化学療法のためＴＳ－１内服を開始した。化学療法開始７日目に手掌、足底に水疱ができたため、その翌日に皮膚科を受診し、ＴＳ－１内服が継続となった。化学療法１７日目、患者は、顔面紅斑及び皮膚症状が出現し、化学療法２２日目に皮膚科を受診した。皮膚科では、顔用・体幹用ステロイド外用薬処方され、ＴＳ－１中止の指示はなかった。化学療法２６日目、患者は、顔面の皮疹・発赤、手・足の水疱及び皮疹がさらに増悪し、胸部と下肢に発赤が新たに出現した。翌日、主治医が不在であったため、代行医が回診を行なったが、ＴＳ－１の中止はされなかった。化学療法２８日目に主治医の診察によりＴＳ－１中止となった。情報伝達の不備から抗癌剤による副作用を悪化させた。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ８
168	死亡	その他	直腸癌肺転移、骨盤内再発に対し、化学療法目的で、１０時にアービタックス６８０mg/ ５００mL を２時間点滴静注の予定で投与した。開始１０分でアナフィラキシーショック出現し、意識消失、血圧低下、酸素化低下した。 １回目に酸素、エピネフリン、ステロイド、カテコールアミンを投与し、２回目も酸素、エピネフリン、ステロイド、カテコールアミン、心マッサージ、気管内挿管、経皮的人工心肺（ＰＣＰＳ）を実施した。	第２０回 図表Ⅲ-２-１ No. ５
169	不明	その他	発症前には末梢神経障害を認めなかったが化学療法施行後より末梢神経障害の出現を認めた。度重なるシスプラチン併用化学療法のための末梢神経障害と考え、メチコバール内服を開始した。当時はカルボプラチン投与によるものとは考えていなかった。化学療法による末梢神経障害を考え、神経内科に依頼した。投与量に間違いはなかった。	第２０回 図表Ⅲ-２-１ No. ６
170	障害の可能性なし	指示段階	水溶性プレドニン３０mg を２日間、指示を出すのを忘れ、患者の状態が悪化した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ４０
171	障害の可能性なし	指示受け・申し送り段階	患者は妊娠糖尿病管理目的で入院し、血糖コントロールのためインシュリンが導入されていた。１週間後、患者は誘発分娩にて女児を出産した。分娩後に「１７時・１９時に血糖チェック、その後はＢＳ７検に戻す。ヒューマログ８－８－８－０決め打ち再開」と指示が出された。１７時、血糖１４５、食前にヒューマログ注ミリオペン８単位皮下注した。その後、受け持ち看護師が交替し、２１時の血糖値が２０４であったため２００以上のスライディングスケールに適応と判断し、ヒューマログ注ミリオペン２単位を皮下注した。翌深夜、次勤務者と血糖検査指示の内容確認した際に間違いに気付いた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ４１
172	障害なし	準備段階	持続投与中のエピネフリンのルートが下の段のシリンジポンプのクランプにはさまっていた。ルートがはさまっていたことがわかった際にそのまま解除したしたため、ルート内に停留していたエピネフリンが血管内に一度に流入した。血圧上昇・不整脈を認め除細動にて改善した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ４２
173	障害の可能性なし	準備段階	患者は認知症と不安の精査加療目的で入院していた。患者は、看護師が準備した内服薬を患者自身がＰＴＰから取り出し、内服していた。薬袋から薬剤をトレイに準備し、患者の前にトレイを乗せたワゴンを置き、向かい合って内服する様子を見守っていた。１剤飲み終え、ＰＴＰが空になっていることを確認し、患者に視線を移すとベシケアを飲み込むところだった。トレイにベシケアのＰＴＰが残っていないため、本人に確認するとそのまま飲んだと返答した。胃カメラ施行し食道にあったＰＴＰを除去した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ４３

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
174	障害の可能性（低い）	実施段階	中咽頭癌にて５FU 化学療法施行していた。夜、訪室時、ルート刺入部のテープがぬれているのを発見した。医師の指示により、針とルートの接続部、逆血を確認し、接続部を閉めなおし再固定した。１時間後、ルート刺入部発赤、疼痛なく明らかな腫脹はなかった。２時間後、刺入部に鶏卵大の腫脹を認めた。逆血確認できず。発赤、疼痛なし。医師の指示により、指示にて５FU の輸液のルートを抜針し、ハイコート１A＋１％キシロカインの局所注射、アクリノール湿布を施行した。皮膚科の医師により、抗癌剤漏出部にハイコート１A＋１％キシロカインの局所注射、アクリノール湿布を施行した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ４４
175	障害の可能性なし	実施段階	メディプロスト２V＋低分子デキストラン（５００）を､左前腕に点滴に、血管外へ漏出し、５.５×８cm の発赤と腫脹が認められた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ４５
176	障害なし	実施段階	患者は、深夜ＰＣＩ実施後病室へ戻った。ラクテック５００mL と生食１００mL ＋シグマート１V の２ルートから点滴を実施していた。そのうちシグマートは輸液ポンプ４mL/h で投与していた。 帰室後生食１００mL ＋ダルテパン５０００単位４mL/h を開始する指示があり、注射薬準備後、輸液ポンプにセットした。ダルテパンのルートのつもりで接続したラインはシグマートの点滴ラインであり、同じ輸液ラインを２台の輸液ポンプにセットした。約１時間後、巡視時にラインを確認すると、ダルテパン用の生食ボトルが空になっていることを発見した。ルートを確認した所、輸液ポンプにセットされていないことがわかった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ４６
177	障害の可能性なし	実施段階	化学療法の２クール目を開始した。医師は患者の左前腕に血管確保を行い、カイトリル１A＋生食５０mL を投与した。その後、テラルビシンの輸液を２００mL/h で開始した。１０分後、刺入部のトラブルは見られなかった。以後、テラルビシン投与中、著変見られなかった。投与中患者はベッド上臥位で過ごし、刺入腕側を動かされていなかった。テラルビシン終了時に､患者が刺入部疼痛を訴えた。逆血あり､刺入部の腫脹、発赤、しびれはなかった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ４７
178	障害の可能性なし	実施段階	持続点滴を実施する際、滴下あるが逆血が見られなかった。点滴刺入部確認すると、左上腕内側に１０cm 大の腫脹あり、疼痛軽度、発赤なし、熱感なし。訪室した際、流量・刺入部は観察したが、刺入部周囲まで観察できていなかった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ４８
179	障害の可能性なし	実施段階	化学療法のため、患者の右手背に血管確保を行い、テラルビシン＋ブドウ糖液を投与した。約１時間後、テラルビシン点滴終了時、刺入部から血管に沿って約３cm 発赤あり、疼痛及び腫脹は診られなかった。医師の診察により血管炎と考えられたが、逆血あり、滴下良好、疼痛、腫脹なく点滴漏出がないため点滴続行するよう指示があった。オンコビン＋生食５０mL 点滴開始し、滴下良好であった。オンコビン点滴終了時、疼痛、腫脹なく、血管に沿った発赤に変わりなかった。逆血がみられず。医師の診察により抜針することとなった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ４９
180	障害の可能性（高い）	実施段階	患者の右前腕よりパナベート２０００mg ＋生食５００mL（0.４%）を５日間投与した。投与の最終日に輸液が血管外漏出した。その翌日、主治医の指示によりアズノール軟膏を塗布した。７日後、潰瘍が形成し、血管外漏出から２ヵ月後､右前腕部２か所皮膚の壊死（０.８×０.８、０.３×０.３大）が認められ、形成外科を受診し、壊死部デブリードマンを施行した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ５０

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
181	障害の可能性なし	実施段階	看護師はＣＴ造影剤の血管確保をしようとしたが血管への刺入が難しかったので右手正中静脈から２２Ｇ血液の逆流の確認をして造影剤注入がすべて終了するまで患者のそばに付き添った。放射線科技師はテスト注入をしたが異常無く腫脹や痛みの訴えが無かったため全量注入した。１０分後、放射線技師より造影剤の皮下漏れと上腕部の腫脹を指摘され、確認すると右上腕部に造影剤イオパミロン１００mL が血管外漏出した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ５１
182	障害の可能性（低い）	実施段階	看護師が患者に点眼を施行した。点眼薬は、１日４回点眼のクラビット・リンデロン・ジクロード点眼と、１日３回点眼のミドリンＰであった。手術部位は「左眼」と表示ベッドサイドに表示してあり、左眼には眼帯をしていた。看護師は、クラビット等の点眼は左眼に実施し、ミドリンＰのみ別の袋に入っていたため、右眼に点眼するものと思い点眼した。点眼直後、患者に指摘され、点眼部位の間違いに気付いた。看護師は、そんなに害になる薬ではないと説明し、その後、左眼にミドリンＰを点眼した。看護師は、通常検査時に散瞳薬として使用しているため害になるとは感じていなかった。３０分後、患者は見えにくさを訴えたため、医師が診察した。右眼の眼圧が６０mmHg 以上で測定不能であり、ミドリンＰによる右眼の緑内障発作と診断し、安静臥床とグリセオールの点滴を施行した。患者は、前房が浅いためミドリンＰの使用に注意を要する患者であり、その後、３０分毎のサンピロ点眼、再度グリセオール点滴、レーザー治療等の加療を行った。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ５２
183	障害の可能性なし	実施段階	悪性リンパ腫の患者に対し、化学療法の初回投与を行った。患者の左前腕の末梢ルートよりテラルビシン３０mg＋５％ブドウ糖液１００mL 点滴開始した。３０分後に訪室した際は、滴下良好であり刺入部も異常がないことを確認した。点滴開始から４５分後、患者が「ちょっと痛いような」と痛みを訴えたため、確認すると、軽度発赤・腫脹を認め、点滴の滴下が不良であった。その後、医師の指示により、血管外漏出部周囲をハイコート２A＋１％キシロカイン５mL で局所皮下注射を実施し、デルモベート軟膏塗布後、アクリノール湿布で湿布開始した。皮膚科を受診した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ５３
184	障害の可能性（低い）	実施段階	患者は、左鎖骨下静脈よりＣＶポート留置術を施行した。１ヶ月後、化学療法を開始した。開始時、ポート針留置後の滴下が不良であったものの、体位の調整で滴下可能であったため、退院後は外来にて化学療法を継続していた。化学療法開始から約２ヶ月後、化学療法施行中に左肩痛が出現したためポート造影を行ったところ、造影剤の漏出を確認した。胸部Ｘ線撮影及び胸部ＣＴを施行したところ、左鎖骨前方でカテーテルが切断され、切断されたカテーテルの先端が肺動脈本幹から左肺動脈下葉枝Ａ６にかけて存在していることを確認した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ５４
185	障害の可能性なし	実施段階	右前腕の肘関節下８cm にスーパーキャス２４Ｇで血管確保し、前投薬の滴下を開始した。１０分後、穿刺部異常なく逆血あり、ドセタキセル３３３mL/h で投与を開始した。約１時間後、患者に「自分でジャンバーを着たら痛くなった。」と言われた。穿刺部に４×２の腫脹があり、発赤はなく、逆血も認められなかった。袖の中で、ルートがからまっていた。点滴漏れ処置に準じて主治医によりハイコート局注し皮膚科に受診した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ５５

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
186	障害の可能性（低い）	実施段階	患者は、化学療法のためハーセプチンを右上腕、橈骨側から投与していた。施行時、抜去時は穿刺部に腫脹・発赤はみられていなかった。化学療法終了後の乳腺外来受診後に本人より「点滴したところが腫れてきました、どうしたらいいですか」と訴えがあった。穿刺部に３×３cm 程度の腫脹・発赤あり、水泡なし、疼痛を認めた。皮膚科を受診し、ステロイド外用で様子をみることとなった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ５６
187	障害の可能性なし	実施段階	患者に２回目の抗癌剤投与（初回から８回目）カルボプラチンの投与を開始した。開始後５分は患者の側で観察し異常は認められなかった。その１０分後、呼吸困難、手足のしびれ、嘔気、腹痛ありナースコールがあった。訪室後、全身の紅斑と冷汗認めた。すぐにカルボプラチンの投与を中止し医師を呼んだ。血圧１２０/７８mmHg、ＨＲ１１４、呼名にて返事あり。酸素マスクから酸素3L 投与した。ソルラクト右手背部にルート確保し、指示にてソルコーテフ５００mg1V 点滴内に投与した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ５７
188	障害の可能性（低い）	実施段階	左足背に血管確保し、輸液を投与した。５時間後、左踵部に発赤あり足背から下腿にかけ腫脹を認めた。更に２時間後、下肢挙上しようと訪室し、左下肢をみると２×３cm の水疱を足背に数個形成していた。直ちに抜針し、アクリノール湿布にて冷罨法を施行した。翌日、５×５cm に増大した水疱が足背に３個あり、下腿に１×２cm の水疱が４個点在していた。形成外科医師にて診察、処置が行われた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ５８
189	障害の可能性なし	実施段階	敗血症ショックで全身状態不良な患者に対し人工呼吸器装着し全身管理を行い、右下腿脛骨内顆部から末梢ルートを確保し、プロポフォール（麻酔導入剤・鎮静剤）の持続投与を開始した。右下肢末梢ルートのテープ固定部に水泡が出現した。皮膚科受診を依頼したが、この時点で壊死はなかった。翌日水疱が自壊したため、留置針を抜針した。その後、さらに抜針部周囲の表皮剥離と浸出液を認め、皮膚科医の指示による、加療を行った。２０日後、創部が全体に黄色となり周囲に発赤 認めたため、皮膚科科長によりデブリードマン（壊死組織除去）が施行した。第Ⅲ度の褥瘡であった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ５９
190	障害なし	実施段階	グリセオール２００mL を患者の右手背より、輸液ポンプにより２００mL/h で投与開始した。３０分後同職者が訪室すると右手背の末梢静脈カテーテル挿入部位が腫脹しており、右手関節から指先におよぶ浮腫と水疱形成を発見した。皮膚科医師診察により処置を施行した。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ６０
191	障害の可能性（高い）	実施段階	患者に腹部超音波検査、午後に腹部造影ＣＴ検査を行った。その腹部造影ＣＴ検査後に呼吸困難が出現し、ショック状態となった。直ちに酸素投与、輸液投与（１０００mL/ 3- 4h)、水溶性ソルコーテフ投与を行った。ショックの原因検索としてＥＣＧ、ＸＰ、ＣＴ等を行ったが、心血管系に明らかな異常所見を認めなかった。しかし、血液検査にて著明な代謝性アシドーシスを認め、また、腹部ＸＰ、ＣＴで遷延する造影剤による腎臓濃染を認め、再検した血液検査で高カリウム血症の出現を認めた。更に無尿であったため、造影剤による腎不全と考え、透析及び全身管理が必要となった。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ６１

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
192	障害の可能性なし	実施段階	１１時患者は３回目の針交換を自ら行ったが、看護師は説明書を見ていたため穿刺の確認が出来ていない。血糖値は時間毎測定し追加インシュリンの指示があり実施していた。１７時血糖値４４５mg/dL と下がらず、１７時４０分に医師と看護師は穿刺部とポンプ作動状況を確認し異常なしと判断した。２０時血糖値５８１mg/dL と高値であったため、医師は患者に針交換を行うことを説明した。患者は自ら穿刺固定テープをはがしたところ、キャップが付いたままであったことが分かり看護師に伝えた。看護師はすぐに主治医に報告２０時２０分看護師立会いのもと針交換を行った。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ６２
193	障害なし	実施段階	ＭＲＩ撮影時、造影剤（ガドベンテト酸メグルミン）１５mL を３分かけて静注した。ＭＲＩ内部に患者を移動後、緊急ボタンが鳴ったため、患者を装置の外へ出したその後、患者は、嘔気と冷汗を認めた。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ６３
194	障害の可能性（低い）	実施段階	患児は、細気管支炎及び肺炎の診断で入院となった。入院後は禁乳となり、ソルデム３Ａの持続輸液を開始し抗生剤投与、吸入、気管支拡張貼用薬等による治療を開始した。５日後、ミルク再開、翌日、抗生剤投与中止となった。ミルク再開から４日後、体温３９℃台の発熱とＣＲＰ上昇認められ、敗血症の診断で抗生剤投与、禁乳再開となった。その２日後、看護師が点滴刺入部観察と点滴固定の交換をする際、右踵部内側に小水疱の形成認められた（点滴刺入部は右足背）。担当医（研修医）に報告後、デュオアクティブドレッシング貼用し、再固定を実施した。翌日、看護師が定期的に実施している点滴確認時、右下肢の腫脹を認められたため点滴固定を除去したところ、足背部に多数の水疱形成があった。皮膚科医の診断の結果、輸液血管外漏出によるものと診断され、ゲンタシン軟膏塗布・ガーゼ保護を行った。	第１９回 図表Ⅲ-２-１ No. ６４
195	障害の可能性なし	実施段階	患者に左足背部からカコージンを投与していた。刺入部を確認したところ、刺入部より２cm 離れた中枢側に３×３cm の水疱形成があった。発赤なく、水疱周囲白色、中心部に透明の水疱が認められた。浸出液はなく、速やかに点滴抜針する。左足背部の刺入部をガーゼと包帯で保護した。３日後、深夜帯勤務で点滴刺入部確認のため包帯を外すと、ガーゼが汚染されており、除去すると左足背部の水疱部に５×５cm の潰瘍形成があった。皮膚科医の診察、皮膚壊死に伴う潰瘍形成と診断された。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ２８
196	障害なし	実施段階	医師は、患者には６年前にセフェム系抗生剤で薬疹と考えられる既往があることを確認し、放射線科カルテ及び新患紹介用紙のアレルギー欄に記載したが、オーダリング画面のアレルギー薬剤の入力方法を知らず、また今まで記載したことがなかったためオーダリング画面にアレルギー薬剤の入力をしなかった。医師は、血液内科の主治医の指示により第３世代セフェム系抗生剤投与の指示を受けたが、この時、主治医に患者がセフェム系薬剤による薬疹の既往があることを伝えず、セフタジジム２g ２×をオーダーし、患者に投与した。翌日、患者に体幹部皮疹と軽度の膨疹を認めた。医師は、ファーストシン２g ２×に指示を変更し、皮膚科に診察を依頼した。皮膚科受診の結果、体幹部融合傾向のある紅斑を認め中毒疹を疑った。原因として複数の薬剤が開始されたため、薬剤の特定は困難との返事があった。４日後、皮膚科再診の際、顔面から体幹・四肢に紅斑を認め憎悪傾向にあり、他系統の抗生剤への変更と強ミノＣ投与の指示を受けた。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ２９

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
197	障害なし	実施段階	肥厚性瘢痕に対し、ケナコルト０．５mL＋１％キシロカイン０．５mL を患者に投与した。注射終了後より、意識障害、チアノーゼ出現したため、アナフィラキシーショックを考え、酸素投与、点滴施行した。エピネフリン、硫酸アトロピン、カコージン、ハイドロコートンなどの薬剤を使用し、徐々に全身状態も落ち着き意識も清明となった。経過観察目的にて入院となった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ３０
198	障害の可能性（高い）	実施段階	○月２０日に意識障害、左半盲出現、椎骨脳底動脈狭窄、右後大脳動脈領域の脳梗塞指摘され、抗血小板薬内服中であった。下咽頭癌の治療の１環として胃瘻造設を行うために、翌々月１０日より抗血小板薬中止、ヘパリン１００００単位 / 日を開始した。その月の２４日１０時ヘパリン中止した。夕方と深夜に左上肢の脱力あったが、1時間以内に軽快した。ＭＲＩでは明らかな新規梗塞巣確認されず。胃瘻造設後のため抗凝固療法再開しなかった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ３１
199	不明	実施段階	患者は血圧低下に対して、０．３％イノバン注５０mL をシリンジポンプ使用で、右足背から２０mL/h でＤＩＶ開始した、３日後、１０mL/h に減量した。その夜、右足背点滴刺入部から内果にかけて内出血班様の状態みられた。腫脹なし。圧痛あり。点滴の差し替えを行った。その翌日、右足背の皮膚色が赤黒くなっていることに気付いた（７cm ×２cm)。点滴差し替えから６日後、形成外科医の診察の結果、イノバンの点滴漏れによる皮膚組織の壊死が判明した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ３２
200	障害の可能性（高い）	実施段階	患者は、中心静脈挿入中であったが滴下不良となったため、右母指に末梢ライン確保した。留置後プロタノール、ドルミカムを投与した。翌日、深夜看護師は患者の末梢ライン挿入部周囲が腫脹・白色化に皮膚変色しているのを発見した。日勤看護師が医師に報告した。点滴抜去ガーゼ保護指示にて実施した。その翌日母指第一関節末梢が黒色化しているのを発見し、末梢壊死状態であった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ３３
201	障害の可能性（低い）	実施段階	患者は、心不全・肺炎の治療目的で入院し、入院当初より末梢静脈よりハンプ持続点滴､抗生剤､アミノ酸製剤の輸液を投与されていた。入院後、徐々に心不全悪化、血圧低下等を認め、塩酸ドパミン（カタボンＨｉ）持続点滴となった。患者は末梢静脈留置が困難であり、上肢のみならず、下肢にも留置した。また、１日で血管外漏出を認めることもあった。右大腿内側の留置抜去３日目（塩酸ドパミン投与から２週間後）に、同部位の発赤を認めた。主治医に報告し、指示にて直ぐにクロマイＰ軟膏処置を実施した。右大腿内側は潰瘍形成し、皮膚科を受診した。皮膚科では皮膚壊死と診断を受けた。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ３４
202	障害なし	実施段階	１０歳の患児の血管確保を昼に行い、シーネで前腕をテープで固定した。その日の夕方、深夜、朝と各勤務帯で担当看護師は患児の輸液を観察し、血液の逆流がなく自然滴下が良好で刺入部の腫れがない事を確認した。担当看護師が観察した際は特に変わりがなかったが、その約３時間後、面会に来た母親が、輸液刺入部の腫脹と前腕の腫れがある事を担当外の看護師に申し出た。確認すると患児は、手掌・手背・前腕にわたり腫脹しており、チアノーゼを認めた。主治医の指示により、温罨法行い、皮膚科受診の結果、経過観察となった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ３５
203	障害の可能性なし	実施段階	患者は左前腕に血管確保していた。訪問時、昨日より浮腫増強があった。滴下不良、末梢冷感あり、ルートを抜針した。ルート抜針時、一部表皮剥離発見した。２cm ×２cm の表皮剥離あり、その上部に黒色、２cm ×３cm の水疱形成を認めた。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ３６

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
204	障害の可能性（低い）	実施段階	これまで、患者はＨＣＣで、造影剤使用によってショックを起こしていた。今回、ＨＣＣの評価の為、造影 CT 目的で入院した。ショック時に対応する為、医師３名で付き添い、ＣＴ検査を施行した。施行中、ＨＲ８０台、意識清明であった。ＣＴ終了後、帰室時に、１階エレベーター前で、ＨＲ１００台に上昇、眼球上転し、呼びかけに反応しなくなる。点滴全開し、下肢挙上し、造影剤アレルギー疑いで緊急外来に移送。緊急外来にて、加療を行った。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ３７
205	障害の可能性なし	実施段階	患者は、減黄目的のＥＲＣＰ施行予定であったが、呼吸苦や肝機能障害に起因すると思われる体動が多く鎮静が必要な状態であった。事例発生３時間前にＲＴ施行予定であり、鎮静目的でセレネース１Ａ＋生食１００mL 点滴したが、入眠なく体動が激しいためＲＴは中止としていた。ＥＲＣＰ出棟前にも体動激しく、ストレッチャー移乗も困難であったためドルミカム１A+ 生食１００mL を手動で滴下開始し、検査室へ移動を始めた。半量滴下した時点で呼吸抑制が出現、モニター装着すると波形フラットであった。心臓マッサージを開始し処置室へ移動した。ＣＰＲ開始後、患者は自己心拍を再開した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ３８
206	障害の可能性なし	実施段階	患者は入院にて化学療法を実施していた。３８℃前後の発熱あり、腫瘍の評価を含め、ＣＴを行うこととした。以前、造影ＣＴ検査施行時に発疹があり、アレルギー症状出現の可能性を考慮して、単純ＣＴを予定していたが、本人より造影ＣＴを強く希望され、施行した。造影ＣＴ検査施行後、意識消失・血圧低下・失禁あり、心臓マッサージ施行し、３０秒程度で意識の回復を認めた。発疹・皮膚紅斑・呼吸困難などはなく、意識回復後は、全身状態が安定した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ３９
207	障害の可能性なし	実施段階	点滴漏れあり。２日後、皮膚発赤・水疱形成時主治医報告、ゲンタシン塗布し様子観察していた。点滴漏れから４日後、小水疱を形成し発赤が軽度みられ、医師の指示でゲンタシン塗布後ハイドロサイト貼用した。この時皮膚の潰瘍化、欠損は見られなかった。点滴漏れから９日後ハイドロサイト除去した時、潰瘍形成しており皮膚科受診となった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ４０
208	障害なし	実施段階	患者は反対足の手術目的のため再入院の予定があり、退院時に医師よりプロレナール中止と指示された。本人に退院時に説明に行くと、本人は「昨日の人に説明して貰ってるし、飲んだらいけないんでしょ。」と理解していた。本人、家族ともに理解していたため口頭にて中止薬の説明を行った。しかし、後発品のリマプロストアルファデクスで処方されていたため、患者は内服を中止せず、入院時まで内服していた。その結果、手術を延期することになった。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ４１
209	不明	実施段階	患者に末梢点滴が漏れて腫脹が見られた。患者は疼痛を訴えなかったため、氷や冷シップにて対応し軽減を図った。しかし、その後、体温４０．１度に発熱した。末梢点滴漏れによる蜂窩織炎が発症した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ４２

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
210	障害の可能性（低い）	実施段階	２歳の患者は、人工呼吸器を装着していた。右足背末梢静脈から、アミノグランド、鎮静目的にマスキュラックス、ドルミカムを輸液ポンプとシリンジポンプを使用して持続点滴をしていた。前日の日中より、呼吸状態の悪化、痙攣発作を繰り返している状態であった。輸液ポンプの閉塞アラームが鳴ったが、刺入部の発赤、熱感、硬結を認めなかったため点滴を続行した。３時間後に輸液ポンプ流量異常アラーム、その３０分後に再度アラームあり、三方活栓を確認して続行した。その後、輸液ポンプアラームあり、刺入部右足背指先から下腿に腫脹、右第１から４趾足背部の白色変調認め、点滴中止の指示を受けた。ペミロック施行したが通過せず、輸液中止した。留置針は抜針せず、シーネ固定も外さずそのままとした。輸液ポンプの最初のアラームが鳴って８時間半後、右第１から４趾と足背、足底の一部が紫色にまだらになっているのを発見した。シーネ固定を外して、右足を挙上マッサージやタオルケットでの保温を行った。皮膚科医師により、減張目的で１０mm 切開を施行した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ４３
211	不明	実施段階	患者Ａは朝食前のインスリンを処置室で自己注射した。その時、一緒の時間に処置室に来ていた患者Ｂのペン型インスリンの薬液量が必要量に満たない状況であった。すでに食事が来ていたため、看護師Ｃは焦り、他に同じ種類の注射を使用している人がいないか探した。患者Ａが同じ種類を使用していることに気付いた。看護師Ｃは、患者Ａのペン型インスリンのゴム栓の部分を消毒して患者Ｂに渡し、患者Ｂはそのペン型インスリンを使い自己注射を行った。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ４４
212	障害なし	その他	患者は、深夜に看護師を呼びベッドから降りようとしていた。妻に指示のロヒプノールを点滴投与することを説明し、６０mL/h で患者に投与した。約２０分後、モニター上ＨＲ３０台となり訪室し声かけに反応しなかった。気道確保し当直医師に連絡救急医師等にて挿管しＩＣＵ入室し治療し回復した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ４５
213	障害の可能性（高い）	その他	僧帽弁置換術後の患者は、せん妄を認め、ディプリバンの静脈投与による鎮静が行われていた。術後２日目の夜、心房細動となった。また、せん妄もさらに悪化し、薬物療法を行ったが、心房細動持続、せん妄も軽減しなかった。患者の安静を得るため、ディプリバンを投与することとなった。一般病棟には在庫として常備されていなかったため、ＩＣＵに借りた。輸液セットをつけて三方活栓につなぎ注射器に４mL（４０mg）吸引し、ワンショット静注した。医師はディプリバンを接続した三方活栓をロックした（つもりであった）。上級医も到着し、血液ガス検査の結果を確認し、他の処置をしていたところ、患者の呼吸停止に気付いた。すぐに心肺蘇生を開始し、数分後に心拍が再開した。確認すると、ディプリバンのつながれた三方活栓は実際にはロックされておらず、１００mL（ディプリバン５００mg）が数分間で注入されたことが判明した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ４６

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
214	障害の可能性（高い）	その他	患者は、術後の創痛コントロールのために硬膜外ＰＣＡ（フェンタニル注１０Ａ＋アナペイン５０mL＋ドロレプタン５mL＋生食５２０mL）をベース４mL/h（ボーラス２mL/回）で使用し、３日後から静脈内ＰＣＡに変更、（フェンタニル２５mL＋ドロレプタン５mL＋静脈用ケタラール２０mL＋オリベス２００mL）をベース３mL/h（ボーラス３mL/回）から徐々に漸減しベース１mL/hで投与していた。多少の眠気はあるが、歩行は点滴台を持ちながら自立できる状態でいた。静脈内ＰＣＡに変更から２日後、患者は、トイレに行こうとして立ち上がる際に、ベッドサイドテーブルを支えにして立とうとし、ベッドサイドテーブルが前方に動いたためバランスを崩し転倒した。転倒時に左眼をベッドサイドテーブルの横に置いてあった椅子の座面の角にぶつけた。左眼は結膜出血、疼痛、視野のかすみを認めたため、眼科を受診した。ＣＴの結果左眼眼球破裂の疑いがあり、同日角膜縫合術、強膜縫合術、結膜・強膜縫合術施行し、別の日に視機能の悪化防止と改善の目的で、網膜剥離に対する手術を施行した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ４７
215	障害の可能性（低い）	その他	患者は、円形脱毛症のため当院を受診した。ステロイド剤の全身投与を要するほど円形脱毛症の病態が強かった。ステロイド剤の投与方法として、入院してのパルス療法、内服、筋肉注射とあるが、副作用の出現や患者への負担を考え、筋肉注射での治療法を選択した。受診の当日と、その２週間後にケナコルト－Ａ筋注用関節腔内用水懸注４０mg（１mL）１Ａ筋注、２回目の筋肉注射の１ヶ月後、２ヶ月後にデポ・メドロール水懸注２０mg（１mL）２Ａ筋注の指示にて看護師が実施した。受診から約半年後、左上腕部にステロイド剤筋注による副作用と思われる皮膚陥没の所見が認められた。更に５ヵ月後（受診から１０ヶ月後）、皮膚陥没範囲の拡大（陥没部３５×２３mm、脂肪萎縮部５０×４０mm）、腕の挙上等による痛み、皮膚萎縮部触れると痛みが出現した。	第２０回 図表Ⅲ-２-５ No. ４８

図表Ⅲ-２-２　薬剤に関連した医療事故の発生状況　　第１７回～第２０回

		薬剤間違い	薬剤量間違い	方法間違い			速度間違い	対象者間違い	その他	合計
				経路	濃度	日数				
発生段階	指示段階	5	23	1	0	1	0	0	6	36
	指示受け・申し送り段階	1	0	0	0	1	1	0	3	6
	準備段階	21	20	0	0	0	8	3	8	60
	実施段階	9	2	2	0	0	7	5	76	101
	実施後の観察及び管理段階	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	その他	0	0	0	0	0	0	0	9	9
合　計		36	45	3	0	2	16	8	105	215

※化学療法における血管外漏出６件を含む。

図表Ⅲ-２-３　薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況　　第３１回～第３３回

		薬剤間違い	薬剤量間違い	方法間違い			速度間違い	対象者間違い	その他	合計
				経路	濃度	日数				
発生段階	指示段階	19	65	2	0	4	5	11	61	167
	指示受け・申し送り段階	11	39	1	0	6	12	0	88	157
	準備段階	243	257	6	7	22	27	66	351 注)	979
	実施段階	103	250	17	4	16	267	89	1,109	1,855
	実施後の観察及び管理段階	10	32	1	1	0	141	1	246	432
	その他	10	19	1	0	1	4	2	233	270
合　計		396	662	28	12	49	456	169	2,088	3,860

（注）輸液栄養製剤の準備にあたり、薬剤を混合するために開通させる隔壁が未開通の事例３６事例を含む

【２】化学療法に関連した医療事故（再掲）

年報では、薬剤に関連した医療事故のうち、第１８回報告書および第２０回報告書において化学療法に関連した医療事故を図表Ⅲ-２-４に再掲した。

（１）化学療法に関連した医療事故の発生状況

化学療法が実施される段階、事例の内容別の発生状況を図表Ⅲ-２-５に示す。

第１８回では、化学療法において腫瘍用薬（抗癌剤）に関連した医療事故は１０件であった。そのうち、他科で処方されていた月１回４日間内服する抗癌剤を、連日投与するものと誤認し継続処方したため過量投与となった事例が１件、抗癌剤の血管外漏出が６件あった。

第２０回では、化学療法において腫瘍用薬（抗癌剤）に関連した医療事故は６件であった。そのうち、レジメンの転記を誤り抗癌剤を間違えた事例が１件、指示の際の薬剤量の入力間違いが２件、重複してミキシングしたため患者に２倍量の薬剤が投与された事例が１件、アナフィラキシーショックの事例が１件、カルボプラチン投与による末梢神経障害の事例が１件であった。

（２）化学療法に関連したヒヤリ・ハットの発生状況

平成２１年に発生した第３１回（１月～３月）および第３３回（７月～９月）ヒヤリ・ハット事例収集において、報告された薬剤に関する事例から、化学療法に関連するヒヤリ・ハット事例を分析した（図表Ⅲ-２-６）。

図表Ⅲ-２-４　化学療法に関連した医療事故の概要（再掲）注）　第 18 回、第 20 回

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
【薬剤間違い】				
1	障害の可能性なし	指示段階	手術後の補助化学療法として肺の小細胞癌に対し化学療法を開始した。第１日目にエトポシド１５０mg、カルボプラチン２８０mg を投与し、第２日目、第３日目はエトポシド１５０mg を投与する予定であったが、治療のスケジュールを誤って、第２、３日目にもカルボプラチン２８０mg を投与した。８日後、白血球数の更なる減少を認めた。その後も連日に渡る血液検査、ノイトロジンの注射による白血球数の改善を図ったが、値は改善しなかった。投与開始から１０日後、血小板数が１万１千と更なる減少を認めたため、血小板輸血を２０単位行った。他の医師の指摘により、カルボプラチンを過剰投与していたことが判明した。	第２０回 図表Ⅲ-２-１ No. 1
【用法・用量間違い】				
2	障害の可能性（低い）	指示段階	患者は、心不全のため入院することとなった。主治医が不在であったため、代行医が入院後の診察、指示を行なった。その際、内服薬の持参がなかったため循環器病薬、血液内科治療薬も併せて処方した。血液内科治療薬は化学療法のための抗癌剤であり、月に１回、４日間のみの内服であったが、代行医は連日内服するものと誤認し処方した。患者は、その月の抗癌剤内服（４日間）をすでに終えていたが、更に３日間内服した。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. 1
3	障害の可能性なし	指示段階	患者は、化学療法目的で入院加療中であった。今回が化学療法の３クール目で、タキソール、シスプラチン、５ＦＵを投与していた。１クール目で腎機能障害が出現し、２クール目では、シスプラチン１２０mg を８０mg に減量し、２クール目で回復していた。今回は前回同様８０mg でも可能であったが、６０mg の投与予定とした。他の２剤は前回と同量とした。オーダー入力の段階で、ブリプラチン（シスプラチン）２０mg を３本とオーダーするところ、デフォルトがランダ（シスプラチン）１００mg であったため、デフォルトのままでオーダーした。当日朝の混入時は、ローテーション研修医がオーダー通りの混入を行い患者に投与した。当日の夜、オーダーの誤りに気付いた。	第２０回 図表Ⅲ-２-１ No. 2
4	障害なし	指示段階	進行膵癌に対してジェムザールを３回（入院中１回目～３回目８００mg）計画投与することとしていた。患者は、２回投与後に退院した。外来での化学療法の３回目の投与の際、入院主治医は点滴伝票にジェムザール１４００mg と入力し、患者に投与した。	第２０回 図表Ⅲ-２-１ No. 3
5	障害の可能性なし	準備段階	当院では化学療法を実施する患者が当日入院であった場合、薬剤部でのミキシングを行わず、担当医もしくは看護師が抗癌剤のミキシングを行うことになっている。看護師Ａはすでにミキシング施行済の抗癌剤を病棟に置いていた。看護師Ｂは薬剤が届いていないと思い、追加のダカルバジンを請求した。その後、医師がミキシング済の薬剤に更にダカルバジン２７０mg をミキシングし、患者に投与した。患者にはダカルバジンが２倍量投与された。	第２０回 図表Ⅲ-２-１ No. 4
【血管外漏出】				
6	障害の可能性なし	実施段階	右前腕より５ＦＵ、側管よりビーフリードを投与していた。訪室時には刺入部やや赤みあったが疼痛なく腫脹もないため経過観察していた。２時間後、刺入部やや腫脹あり（３cm ×１．５cm）、疼痛あり、発赤はなし。圧迫にて疼痛増強あり。病棟来棟中の医師に診察を依頼し、ルート抜去後、経過観察となった。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. 2

注）医療事故事例の背景・要因および改善策については報告書を参照。

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
7	障害の可能性なし	実施段階	乳癌にてドセタキセル単独の化学療法を実施していた。１２時頃、観察時刺入部異常無く、テープ剥がれもなく経過していた。１３時頃、輸液ポンプ閉塞アラーム鳴り、看護師が駆けつけると点滴刺入部の固定テープが剥がれかけており、留置針が抜けかかっているところ発見した。直ちにポンプ停止、逆血確認を行ない逆血あり。腫脹・発赤ないが疼痛あるため抜針した。医師により再留置を行なった。抜去後、腫脹・熱感・発赤なく疼痛は消失した。主治医の診察もあり様子観察する。処置をした看護師は固定テープが少し濡れていたことに気付いた。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ３
8	障害の可能性なし	実施段階	患者は悪性リンパ腫のため化学療法を実施していた。医師が左前腕に２４Ｇで血管確保し、刺入部に異常がないことを確認し、オンコビン・テラルビシンへ更新した。その後、７０mL ほど投与されたところで、逆血と刺入部に異常ないことを確認していた。テラルビシンが終了し、更新するために訪室すると逆血、刺入部の腫脹・疼痛はないが、刺入部に軽度発赤がみられた。その後、抜針し、主治医に報告し、ハイコート・キシロカインが局注され、デルモベート塗布、アクリノール湿布施行した。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ４
9	障害の可能性なし	実施段階	食道がんのため化学療法施行し、左前腕より５ＦＵを４５mL/h で持続点滴をしていた。その後、点滴刺入部より血管に沿って発赤５cm 程度認められた。疼痛腫脹なく、血液逆流はあった。医師の指示により抜針した。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ５
10	障害の可能性なし	実施段階	患者は、化学療法のため、末梢から持続にてオンコビンとアドリアシン入りの点滴が５０mL/h で持続投与していた。深夜、患者にトイレまで付き添い介助をした。トイレ前で様子を伺っていたが、その際、ポンプのアラームは鳴らなかった。その後ポンプのアラームが閉塞で鳴ったため、滴下を観察すると滴下がなく、血液逆流も見られなかった。右手首橈骨側の刺入部は明らかな腫脹、発赤、疼痛は認められなかったが、医師の診察により、刺入部周辺にハイコート４mg、キシロカイン５mg を皮下注射を施行し、デルモベート軟膏塗布しアクリノール湿布施行した。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ６
11	障害の可能性（低い）	実施段階	看護師は患者の左上腕部へ留置針を穿刺し、ラクテックＤ５００mL を接続した。滴下も良好であったため、穿刺部をフィルム材で保護し固定し、点滴を開始した。約５分後、看護師が側管よりメソトレキセート＋生食２０mL をゆっくり注入した。（当院のルールでは、抗癌剤は医師が調剤し、安全を確認後、施注する薬剤となっている）。この時、患者は穿刺部の痛みを訴えず、腫脹・発赤もなかった。約３０分後、医師が施注しようと調剤室へいくとメソトレキセートが無かった為、確認したところ看護師が注入していたことがわかった。患者の所へ行くと、上腕部に縦５cm、横４cm の腫脹を認めたため、主治医は、患者に抗癌剤の漏れによる炎症と潰瘍形成などの影響の可能性について説明した。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ７
【その他】				
12	障害の可能性なし	その他	化学療法のためＴＳ－１内服を開始した。化学療法開始７日目に手掌、足底に水疱ができたため、その翌日に皮膚科を受診し、ＴＳ－１内服が継続となった。化学療法１７日目、患者は、顔面紅斑及び皮膚症状が出現し、化学療法２２日目に皮膚科を受診した。皮膚科では、顔用・体幹用ステロイド外用薬処方され、ＴＳ－１中止の指示はなかった。化学療法２６日目、患者は、顔面の皮疹・発赤、手・足の水疱及び皮疹がさらに増悪し、胸部と下肢に発赤が新たに出現した。翌日、主治医が不在であったため、代行医が回診を行なったが、ＴＳ－１の中止はされなかった。化学療法２８日目に主治医の診察によりＴＳ－１中止となった。情報伝達の不備から抗癌剤による副作用を悪化させた。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ８

No.	事故の程度	段階	事故の内容	掲載報告書
13	障害の可能性なし	実施段階	患者にナベルビン、ランダによる化学療法を開始した。化学療法の２日目、主治医と訪室したところ、左前腕の血管走行に従い発赤を認めた。自覚症状、硬結、腫脹は認められず、発見が遅れた。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. ９
14	障害なし	実施段階	化学療法を９時頃より開始し、５時間後ナベルビンからシスプラチンに更新した。更新してから約１５分後、ガタンと言う物音あり、患者がトイレ入り口腹臥位で倒れているのを発見した。	第１８回 図表Ⅲ-２-１ No. １０
15	死亡	その他	直腸癌肺転移、骨盤内再発に対し、化学療法目的で、１０時にアービタックス６８０mg/ ５００mL を２時間点滴静注の予定で投与した。開始１０分でアナフィラキシーショック出現し、意識消失、血圧低下、酸素化低下した。 １回目に酸素、エピネフリン、ステロイド、カテコールアミンを投与し、２回目も酸素、エピネフリン、ステロイド、カテコールアミン、心マッサージ、気管内挿管、経皮的人工心肺（ＰＣＰＳ）を実施した。	第２０回 図表Ⅲ-２-１ No. ５
16	不明	その他	発症前には末梢神経障害を認めなかったが化学療法施行後より末梢神経障害の出現を認めた。度重なるシスプラチン併用化学療法のための末梢神経障害と考え、メチコバール内服を開始した。当時はカルボプラチン投与によるものとは考えていなかった。化学療法による末梢神経障害を考え、神経内科に依頼した。投与量に間違いはなかった。	第２０回 図表Ⅲ-２-１ No. ６

図表Ⅲ-2-5　化学療法に関連した医療事故の発生状況　第 18 回、第 20 回

発生段階	薬剤間違い	用法・用量間違い			速度間違い	対象者間違い	血管外漏出	その他	合計
		1回量間違い	投与間隔	投与回数					
指示段階	1	3	1	0	0	0	0	1	6
指示受け・申し送り段階	0	0	0	0	0	0	0	0	0
準備段階	0	0	0	0	0	0	0	0	0
実施段階	0	0	0	0	0	0	0	1	1
実施中の観察及び管理段階	0	0	0	0	0	0	6	1	7
その他	0	0	0	0	0	0	0	2	2
合　　計	1	3	1	0	0	0	6	5	16

図表Ⅲ-2-6　化学療法に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況　第 31 回、第 33 回

発生段階	薬剤間違い	用法・用量間違い			速度間違い	対象者間違い	血管外漏出	その他	合計
		1回量間違い	投与間隔	投与回数					
指示段階	8	60	7	2	2	3	0	40	122
指示受け・申し送り段階	0	3	0	0	2	0	0	11	16
準備段階	29	57	4	1	22	6	1	106	226
実施段階	26	11	13	1	87	6	10	175	329
実施中の観察及び管理段階	1	3	1	0	21	0	150	69	245
その他	0	2	0	0	0	0	0	33	35
合　　計	64	136	25	4	134	15	161	434	973

【３】人工呼吸器の使用に関連した医療事故

医療機器に関連した医療事故のうち、人工呼吸器に関連した事例について、平成２１年１月１日から平成２１年１２月３１日までに報告された３１件を分析した。その概要を図表Ⅲ-２-７に示す。

（１）人工呼吸器に関連した医療事故の発生状況

人工呼吸器に関連した事例の発生分類を図表Ⅲ-２-８に示す。

第１７回では、人工呼吸器に関連した医療事故は１０件であった。そのうち、人工呼吸器に搭載されたバッテリーの不良が１件、配管からの酸素供給異常が１件、スタンバイモードのまま患者に装着した事例が１件あった。

第１８回では、人工呼吸器に関連した医療事故は９件であった。そのうち、患者を移動する際人工呼吸器の主電源が切れた事例が１件、スタンバイモードの状態で人工呼吸器を患者に装着した事例が１件、自己抜管に関連した事例が４件報告された。

第１９回では、人工呼吸器に関連した医療事故は５件であった。そのうち、人工呼吸器の設定を間違えた事例が１件、回路が外れた事例が３件報告された。

第２０回では、人工呼吸器に関連した医療事故は７件であった。そのうち、人工呼吸器の回路を誤って接続した事例が１件、バクテリアフィルターに関連した事例が１件、自己抜管に関連した事例が１件、気管カニューレが屈曲した事例が１件報告された。

（２）人工呼吸器に関連したヒヤリ・ハットの発生状況

平成２１年に発生した第３１回（１月～３月）、第３２回（４月～６月）、第３３回（７月～９月）、第３４回（１０月～１２月）ヒヤリ・ハット事例収集において、報告された人工呼吸器に関する事例を分析した（図表Ⅲ-２-９）。

図表Ⅲ-2-7　人工呼吸器に関連した医療事故事例の概要 注)　第 17 回～第 20 回

No.	分類	事故の程度	事故の内容	掲載報告書
1	電源	障害なし	人工呼吸器（ニューポートＥ３６０）の始業前点検時に内蔵したバッテリーが駆動しなかった。バッテリーの寿命は３年で、当該人工呼吸器の購入時期は２００８年４月であった。当該バッテリーの過放電などの履歴がないことから、購入時の段階で短寿命のバッテリーが内蔵されていたと考えられた。バッテリー不良発見後、半日充電を行い、再度点検を行ったが、バッテリーは駆動しなかった。同じロット番号のバッテリーの製造不良が考えられるため、院内にある８台のバッテリーを交換した。	第１７回 図表Ⅲ-2-7 No. 1
2	酸素供給	障害なし	人工呼吸器装着中の患者をＣＴ検査の目的で移送した際、酸素ボンベの残量の確認を怠った。そのため、ジャクソンリースによる人工換気を行っていたが検査室に到着後、検査室前でボンベ内の酸素が切れ、ボンベを交換している最中に心肺停止状態となった。	第１７回 図表Ⅲ-2-7 No. 2
3	酸素供給	障害の可能性なし	ＩＣＵで人工呼吸器管理中であった患者の警報が鳴り、SpO_2の低下を確認した。ＩＣＵ担当医師は人工呼吸器の障害を疑ったが、酸素供給の仕組み上、配管からの酸素供給の異常と判断し、酸素ボンベ対応に切り換えた。並行して、院内非常召集を行い、他の人工呼吸器装着患者にも対応を行った。全館で人工呼吸器を装着していたすべての患者それぞれに医師及びスタッフを配置し、酸素供給配管から酸素ボンベに切り換え、手押しバッグの呼吸で対応した。業者が設備の不具合の対応を始め、緊急連絡網で院外にいた関係者を召集し、緊急対策本部を防災センターに置き、医師をはじめ職員の迅速な対応により、患者の容体へ甚大な影響を与えることはなかった。	第１７回 図表Ⅲ-2-7 No. 3
4	回路	障害なし	人工呼吸器装着中の患者を看護師２名で右側臥位に体位変換を行うため、看護師は右側に立ち人工呼吸器の蛇管を持っていた。しかし蛇管を人工呼吸器のアームから外さなかったため蛇管が引っ張られて気管カニューレが抜けそうになった。瞬時に蛇管を引き寄せようとしたが、気管カニューレを保持していなかったために気管カニューレが逸脱した。	第１７回 図表Ⅲ-2-7 No. 4
5	回路	障害なし	気管挿管チューブにて人工呼吸器を使用していた。自己抜管の危険性があったため、家族の同意を得て、両上肢の抑制を行っていた。人工呼吸器のアラーム音がしたため訪室すると、抑制中の手がチューブに届き、挿管チューブを抜けているのを発見した。すぐに、アンビューにて換気を実施し、医師にて再挿管し呼吸器管理を続行した。	第１７回 図表Ⅲ-2-7 No. 5
6	回路	障害の可能性なし	患者を移動する為、コンセントを抜き人工呼吸器（ニューポートベンチレータＨＴ５０）を内部バッテリー作動に切り替え、一時的に呼吸器回路を外したため「低圧アラーム」が点灯し、アラーム音が鳴った。患者は、ストレッチャーに右側臥位の状態で、看護師３人が患者の搬送に関わった。移動中、「低圧アラーム」が鳴り続けるため、通路の途中でストレッチャーを停止し、回路の接続部の点検をしたが、回路の外れはなく、患者の呼吸状態は安定していたため、搬送した。その後、患者は顔色が不良となり、SpO_2が５０％まで低下していた。	第１７回 図表Ⅲ-2-7 No. 6
7	回路	障害なし	患児は挿管中で人工呼吸器管理中であった。呼吸状態が悪化したため、呼吸器の条件を変更したが改善しないため、バギングしようとアンビューバッグと挿管チューブをつなげた瞬間ワイヤーを固定しているテープ（左側）がはがれた。	第１７回 図表Ⅲ-2-7 No. 7

注）医療事故事例の背景・要因および改善策については報告書参照。

No.	分類	事故の程度	事故の内容	掲載報告書
8	回路	障害なし	患者カンファレンスのため、遅出の看護師以外の日勤の看護師ほぼ全員が集合していた。廊下にいた医師が人工呼吸器のアラームが鳴っていたため患者の部屋に入ると、人工呼吸器の回路が患者の気切カニューラから外れており、酸素飽和度も８０台に低下していた。ナースセンターのセントラルモニターの酸素飽和度低下のアラームが鳴っていたが誰も気が付かなかった。セントラルモニターのアラームの音量は、いつの間にか８から４のレベルに下げられていた。	第１７回 図表Ⅲ-２-７ No. ８
9	呼吸器本体	障害の可能性なし	患者が車椅子でトイレに行くため、人工呼吸器（servoi ユニバーサル）を外し酸素３Ｌを人工鼻から一時的に投与した。その際、フォローに入っていた看護師Ａが、アラームが鳴りっぱなしになるため人工呼吸器をスタンバイモードにした。患者がトイレから戻り、看護師Ｂは患者の痰の吸引を行い、その後、人工呼吸器をスタンバイモードのまま装着した（スタンバイモードになっているのは分かっていたが、早く人工呼吸器をつけないといけないと思い、焦っていた）。すぐに人工呼吸器を作動させようとしたが開始ボタンが解らず、看護師Ｃに聞き、スタンバイモードを解除し、換気を開始した。	第１７回 図表Ⅲ-２-７ No. ９
10	その他	死亡	入院時よりＮＰＰＶを２４時間使用し、治療を行っていた。前額部と鼻骨部にマスクが接触し発赤があり、皮膚保護した。ＷＯＣ認定看護師にコンサルトし、ケアを続行していたが、１０日後、鼻骨部に２×１．５cm の褥創を発見した。マスクをフルフェイスマスクに変更したが、褥創は進行した。その後、創部外縁上皮化し、改善傾向見られたが、死亡退院となった。	第１７回 図表Ⅲ-２-７ No. １０
11	電源	障害の可能性なし	患者が車から降りようとした際に、ＢｉＰＡＰフォーカスの電源が切れ、アラームが鳴り続けていると母親が、アンビューバックにて人工呼吸をしながら、駐車場から病院玄関入り口に到着し救いを求めた。業者に連絡し、担当者は電話の内容から、主電源が切れている可能性を指摘した。確認するとＢｉＰＡＰ本体の後面の主電源スイッチがＯＦＦになっていた。ＢｉＰＡＰフォーカスの電源を再度入れ直し、正常に作動した。	第１８回 図表Ⅲ-２-９ No. １
12	回路	不明	看護師は、セントラルモニターの警報レベルのアラーム音に気付き、モニター上心停止を確認して、直ちにベッドサイドに行った。患者の気管切開カニューレと人工呼吸器蛇管の接続部が外れ、患者は、チアノーゼが出現し、心停止の状態であった。看護師は直ちに人工呼吸器蛇管を再装着し、病室のドアを開けてスタッフの応援を呼び、胸骨圧迫を開始した。蘇生処置を行ない、人工呼吸器を再装着した。	第１８回 図表Ⅲ-２-９ No. ２
13	回路	障害の可能性（低い）	患児は気管カヌラより人工呼吸器（ＣＰＡＰモード）で管理中であった。自宅療養目的でＳＬＥ２０００からＬＴＶ１２００（貸出機）に人工呼吸器を変更していた。病室で、人工呼吸器のアラーム音が鳴ったが、モニター上、SpO_2 １００％、ＨＲ１４０～１５０回、回路外れはなかった。患児に少しずつチアノーゼ出現したため、O_2 １００％に上げたが効果なく、バギング施行するがチアノーゼは増強した。看護師が心臓マッサージを行いながら状況確認すると、気管カヌラの固定ヒモが結ばれた状態で気管カヌラ先端を自己抜管していた。	第１８回 図表Ⅲ-２-９ No. ３

No.	分類	事故の程度	事故の内容	掲載報告書
14	設定・操作部	不明	患者は自発呼吸をサポート（５回）するために人工呼吸器（ＳＥＲＶＯｉ）を装着していた。看護師Ａは、患者の病室に入室し血圧、酸素飽和度、体温を測定し、看護師Ｂと共に、人工呼吸器のモードを「オン」から「スタンバイ」に切り替え、患者の体位交換を実施した。体位交換を終え、看護師Ｂは退室した。その後、看護師Ａがウォータートラップの水抜きをし、経管栄養のチューブを接続し、退室した。約４０分後、当事者が経管栄養の経過観察のため患者の病室に入室したところ、患者心肺停止しているのを発見した。翌日、家族の要請により人工呼吸器の記録を確認したところ、約４０分間の稼動停止が判明した。	第１８回 図表Ⅲ-２-９ No. ４
15	呼吸器本体	障害の可能性なし	業者が交換のために持参した人工呼吸器ニューポートＨＴ５０レンタル機の使用前点検、セルフチェック、回路リークテストを行ない、臨床工学技士立ち会いの下、器械の交換を行なった。２０分後同室の隣の患者のケアをしていた看護師が異常音「ピー、ピッピッピッピッ…」に気付き、患者の側に寄ると呼吸器は停止していたのを発見した。直ぐに手動式人工呼吸開始、交換に立ち会った業者を呼び寄せた。病棟巡視で別な部屋にいた臨床工学技士が病室に戻り呼吸器の画面を確認すると、「作動不良」が表示され、人工呼吸器は停止している状態であった。病棟に所有している別の人工呼吸器ニューポートＨＴ５０患者に装着した。	第１８回 図表Ⅲ-２-９ No. ５
16	その他	障害なし	患者は鎮静の為プロポフォール２０mL/h で持続注入を行なっていた。吸引後など右上肢・下肢の動きがあり随時プロポフォール１mL をフラッシュしていた。２時間後人工呼吸器のアラームが鳴り患者の元に行くと気管チューブを自己抜去しているのを発見した。速やかに隣室にいた担当医に連絡し再挿管となった。	第１８回 図表Ⅲ-２-９ No. ６
17	その他	障害なし	患者は呼吸状態が悪化し、人工呼吸器管理としていた。挿管前に呼吸苦にてパニック状態になっていたため、セルシン１Ａを筋注した。SpO_2上昇せず、挿管した。挿管後、自己抜去予防としてミトン装着した。患者はセルシンの効果でウトウトしていた。セルシン投与から１時間２０分後、患者の声がし、人工呼吸器のアラームが鳴ったため直ちに訪室すると、患者がミトンで挿管チューブをはさみ自己抜去していた。	第１８回 図表Ⅲ-２-９ No. ７
18	その他	障害の可能性（高い）	患者は、他院から搬送され、呼吸状態不良でありリザーバーマスクで酸素が維持出来ない状態であったが、本人が気管内挿管を拒否したため、ＢＩＰＡＰを装着し非侵襲的人工呼吸管理、薬剤投与、ＣＨＤＦなどの濃厚治療開始した。ＢＩＰＡＰ装着時、鼻骨部に、褥瘡形成予防のためにデュオアクティブを貼付した。この時、皮膚状態に異常はなかった。患者は体位交換などでＢＩＰＡＰのマスクがずれたり外れると、SpO_2が著明に低下する状態であった。５日後、口鼻腔吸引を実施する際、デュオアクティブを除去したところ鼻骨部に２．２cm × ５cm の赤色から黒色の褥瘡形成が認められた。	第１８回 図表Ⅲ-２-９ No. ８
19	その他	障害の可能性なし	経鼻カテーテルより栄養を注入。気管切開し人工呼吸器を装着していた。モニターのアラームが鳴ったため病室へ行ったところ、患者が右側臥位の状態で経管栄養剤（エンシュアリキッド）と痰の混ざったものを嘔吐しているのを発見した。栄養カテーテルが抜けかかり、口腔内に痰や吐物が少量あった。栄養カテーテルを抜き口腔、鼻腔及び気管カニューレ内を吸引した。しかし、患者は後弓反張状態で、しだいにSpO_2が８０台に低下した。２人の看護師で酸素を８Ｌから１０Ｌ使用しアンビュー加圧を開始したが、SpO_2は上昇しなかった。確認すると、気管カニューレ（アジャストフィットＮＥＯ）が抜去しているのを発見した。	第１８回 図表Ⅲ-２-９ No. ９

No.	分類	事故の程度	事故の内容	掲載報告書
20	回路	障害の可能性（低い）	深夜帯に業務を看護師３人で行っていた。患者Ａはナースステーション横のリカバリールームに人工呼吸器装着し、観察管理下にあった。深夜、最初の１名の看護師が休憩のためナースステーションを離れ、次の看護師はその５分後に、３人目の看護師は１５分後にそれぞれナースステーションを離れ、ナースステーション横のカンファレンスルームで休憩していた。３人目の看護師が休憩を取り始めて３０分後に、ひとりの看護師が生体監視モニターのような音に気付いた。看護師３人で患者Ａの部屋に行った。訪室すると、患者Ａの気管に挿入されたチューブと人工呼吸器の回路が外れており、患者は心臓停止の状態だった。 すぐに心臓マッサージを開始したが、患者は蘇生後脳症となった。	第１９回 図表Ⅲ-２-５ No. １
21	回路	死亡	患者は気管切開部より気管カニューレ挿入されレスピレーター装着し、ＳＩＭＶにより呼吸管理を行い自発呼吸が認められていた。また、患者は自力で体動が不可であった。看護師３名にてシーツ交換施行中、気管カニューレが抜けかけている状態であった。医師に報告し救命処置を行った。	第１９回 図表Ⅲ-２-５ No. ２
22	回路	障害の可能性（低い）	患者は意識状態がＪＣＳ１群であり、人工呼吸器を装着していた。また、体動が激しく、両上下肢抑制を行っていた。患者を見ると、挿管チューブが抜けているのを発見した。その後、主治医により経鼻挿管を施行した。	第１９回 図表Ⅲ-２-５ No. ３
23	設定・操作部	障害の可能性なし	患児は、手術終了後ＩＣＵへ入室予定であった。予め臨床工学技士は人工呼吸器（ＳＬＥ５０００）の作動状態の確認を行った。患児は術後ＩＣＵで人工呼吸器を装着し、輸液・動脈圧等の多数のラインを接続していたが、患児の血圧低下と心電図異常を認めたため、直ちに用手換気に切り替えた。人工呼吸器を確認したところ、吸気時間が０．１秒と短く設定されていた。	第１９回 図表Ⅲ-２-５ No. ４
24	その他	障害の可能性なし	患者は、数日前より気管切開部に感染による潰瘍形成がみられ、気切孔が大きめな状態だった。更に、全身状態が悪化し、全身に浮腫が著明にみられ、カニューレが抜けかけてしまうような危険性があった。日中に医師と確認し、感染が疑われる部位にヨードホルムガーゼを詰めるなどして処置を実施し、体位交換時などは抜去を予防するため十分注意しながら行っていた。準夜勤でも十分注意を払っていたが、体位交換後にエアーリークが出現し、カフ圧計にてカフ圧調整するとともにカニューレの位置を調節した。しかしエアーリークは改善せず増強し、人工呼吸器も、喚起不全様（アラームは鳴らなかったが送気できない状態）に動作変化した為、近くにいた医師に応援を要請した。医師は、バックバルブマスク喚起を試みるが換気不良であった。気切孔に詰めていたヨードホルムガーゼを除去したところ、気切孔よりカフが、肉眼で確認できる状態であり、気管より抜けていると判断し、カニューレの入れ替えを行った。	第１９回 図表Ⅲ-２-５ No. ５

No.	分類	事故の程度	事故の内容	掲載報告書
25	回路	障害の可能性（低い）	患者は、右肺全摘後の気管支瘻を造設し、ダブルルーメン気管支内チューブを挿入し、人工呼吸器管理を行っていた。ダブルルーメン気管支内チューブは左右を色で表示し、白色が右肺側（切除側）、青色が左肺側（健側）で区別をしていた。気管内吸引のため、担当看護師１名と、ペア看護師１名で訪室した。右側臥位に体位変換を行い、その後、ダブルルーメン気管支内チューブの青色キャップ部分よりアーガイル８Fr. ５５cmの吸引カテーテルを４５～５０cm程度挿入し、吸引を行った。吸引後、ダブルルーメン気管支内チューブに接続されている蛇腹に水が溜まっていたため、接続を外し、蛇腹内の水滴を除去後、ダブルルーメン気管支内チューブと呼吸器回路を装着した。その後SpO_2が徐々に低下してきたため、リーダー看護師に報告し、医師に連絡した。血圧、心拍数低下しリーダー看護師が胸骨圧迫を開始した。すぐに医師が到着し、ジャクソンリースにて換気を実施した。その際に、ダブルルーメン気管支内チューブの白側（右肺側）に呼吸器回路が接続されていたことに気付いた。	第２０回 図表Ⅲ-２-９ No. １
26	回路	障害残存の可能性なし	人工呼吸器（サーボベンチレーター９００Ｃ）の呼気分時換気量アラームが頻回になり、吸引等を実施したが改善しないため、準夜勤看護師が当直医師Ａに連絡した。患者のSpO_2低下はなかったが、発汗多量に認められた。当直医師Ａが人工呼吸器のアラーム設定を変更するが、同様に呼気分時換気量アラームが鳴るため、医師Ｂへ連絡した。医師Ｂが人工呼吸器回路を患者より外し、テスト肺にて確認すると、テスト肺はほとんど膨らまず、しぼまない状態だった。そこで人工呼吸器で使用しているバクテリアフィルター（サーボガードＷＴ）を外した回路にテスト肺を装着すると問題なく作動した。人工呼吸器よりバクテリアフィルターを外した状態で、患者に装着し、その後患者の状態に変化なく、呼気分時換気量アラームも鳴らなかった。バクテリアフィルターは、サーボベンチレーター専用のものを使用していた。バクテリアフィルターのウォータートラップ部分に水分の溜りが１／３程あった。	第２０回 図表Ⅲ-２-９ No. ２
27	回路	障害残存の可能性がある（高い）	患者は、人工呼吸器による呼吸管理を行っていたが、患者は意識障害があり、両上肢の動き活発で、チューブ類に手をかけるため両手にミトンを装着していた。看護師Ａは、家族面会中にミトンを外し、席を外す時には自分に伝えて欲しいと家族に説明した。その後、家族は看護師に席を外すこと、ミトンを装着したことを伝えた。４０分後、看護師Ｂは廊下でアラームが鳴っているのに気付いた。確認すると患者が挿管チューブと胃チューブを抜管し、呼吸停止の状態を発見した。	第２０回 図表Ⅲ-２-９ No. ３
28	回路	死亡	患者は、加療目的のため当院に転院となった。転院後より不穏による体動が著明であるため、鎮静目的にてディプリバンを開始した。その後も患者は体動が活発であった。患者は、自己抜管及びその他チューブ類の抜去防止、転落防止のため、両上下肢、体幹抑制、適宜ミトンを着用していた。準夜から深夜にかけて、同様の状態継続していた。２時間毎のカフ圧の確認、抑制状態確認を実施していた。その後、患者の挿管チューブが口腔内から抜けかかっており、呼吸状態が悪化した。	第２０回 図表Ⅲ-２-９ No. ４
29	回路	障害なし	患者は人工呼吸器による呼吸管理を行っていた。不穏無く意識クリアにて抑制せずに管理していた。患者ケアー中に空気の漏れる音がした。患者を見ると気管チューブを自己抜管しチューブを手に握っていた。アンビューにて換気、ＩＣＵ当直医師にて再挿管した。	第２０回 図表Ⅲ-２-９ No. ５
30	回路	障害なし	アラームが鳴り訪室したところ、人工呼吸器の蛇管とともに気管カニューレが抜かれていた。発見時、酸素飽和度８８％であり、直ぐ用手換気バックにより人工呼吸を行うと共に、気管カニューレを挿入し、酸素飽和度１００％を確認し人工呼吸器に装着した。その後問題なく経過した。	第２０回 図表Ⅲ-２-９ No. ６

No.	分類	事故の程度	事故の内容	掲載報告書
31	その他	障害の可能性（高い）	患者は人工呼吸器（ＬＴＶ１０００）により呼吸管理を行っていた。深夜、突然モニターのアラームが鳴り、心拍数４０台でＳｐＯ$_2$は維持できていた。緊張が強く顔面蒼白、喀痰吸引し多量に引けるが、改善せずアンビュー使用し医師に連絡し、心マッサージを実施した。胸郭の動きはなかった。医師が気管カニューレ（ＧＢアジャストフィット）を一旦抜くと先端が折れ曲がり口腔内の方を向いていた。再挿入し人工呼吸器を装着した。医師は「筋緊張出現時に姿勢が変わり一旦抜けかけたカニューレが逆方向に反転したかもしれない」と患者の両親に説明した。	第２０回 図表Ⅲ-２-９ No. ７

図表Ⅲ-２-８　人工呼吸器に関する医療事故の発生分類　　第 17 回～第 20 回

発生分類	件　数
電源	2
酸素供給	2
回路	16
加温・加湿器	0
設定・操作部	2
呼吸器本体	2
その他	7
総　計	31

図表Ⅲ-２-９　人工呼吸器に関するヒヤリ・ハット事例の発生分類　第 31 回～第 34 回

発生分類	件　数
電源	2
酸素供給	4
回路	23
加温・加湿器	15
設定・操作部	6
呼吸器本体	3
その他	41
総　計	94

【4】電気メスなどに関連した医療事故

年報では、電気メス、バイポーラ、モノポーラ等、高周波電流を用いた生態組織の切開又は凝固を行うために外科手術に使用する電気手術器具を電気メス等とし、医療機器に関連した医療事故のうち、電気メスに関連した事例について、平成２１年1月1日から平成２１年１２月３１日までに報告された１１件を分析した。その概要を図表Ⅲ-2-１０に示す。

（1）電気メスなどに関連した医療事故の発生状況

第１７回では、電気メス等に関連した医療事故は３件であった。

第１８回では、電気メスなどに関連した医療事故は３件であった。

第２０回では、電気メス等に関連した医療事故は５件であった。

（2）電気メスなどに関連したヒヤリ・ハットの発生状況

平成２１年に発生した第３１回（1月～３月)、第３２回（４月～６月)、第３３回（７月～９月)、ヒヤリ・ハット事例収集において、報告された電気メス等に関連する事例を分析した「事故の内容」及び「患者への影響」別に整理した（図表Ⅲ-2-１１)。

（3）参考

２００６年1月から２００８年１２月までに発生した電気メス等に関連し医療事故事例の概要を図表Ⅲ-2-１２、「事故の内容」及び「患者への影響」を図表Ⅲ-2-１３に示す。

図表Ⅲ-２-１０　電気メス等に関連した医療事故事例の概要注) 第 17 回、第 18 回、第 20 回

No.	事故の程度	事故の内容	具体的内容	掲載報告書
【熱傷】				
1	障害の可能性なし	使用方法の間違い	ストリッピングの手術中、電気メスを２台使用し医師５名、看護師１名が直接介助で手術を行っていた。電気メスはフットスイッチにしており、使用時は足で踏んで出力するようにしていた。その際、電気メスの先端が患者の右大腿内側に触れていたのに気付かず、医師が位置を移動した際に誤って電気メスのフットスイッチを踏んでしまった。その結果、患者の右大腿内側に軽度の火傷をきたした。	第１７回 図表Ⅲ-２-９ No. １
2	障害の可能性なし	薬剤等の併用	急性腹膜炎の診断で緊急開腹手術を開始した。手術台にシーツと四角布を敷き、その上に患者は仰臥位になり、電気メスの対極板を左大腿に貼付した。まず、消毒薬「ベンクロジットＶエタノール」にて手術野を消毒、消毒薬の乾燥を待ってディスポーザブル覆布をかけた。次にメスで腹部正中の皮膚の切開を行い、続いて電気メスにて同部位皮下の切開をはじめたところ、「ボン」という音と発煙を認知した。覆布を除去したところ、患者の体幹右側面の四角布が青白い炎で燃焼し、患者の右側胸部から右側腹部にかけて２度程度の熱傷を認めた。	第１７回 図表Ⅲ-２-９ No. ２
3	障害なし	その他	患者に左口腔粘膜切開及び排膿を行った。その際、止血に使用したバイポーラが患者の下口唇にあたり３度熱傷をきたし、下口唇左側１３×１０cm ほどの潰瘍を形成した。使用したバイポーラは、先端部以外全面コーティングしたものではなかった。	第１７回 図表Ⅲ-２-９ No. ３
4	障害の可能性なし	対極板の使用に関連	全身麻酔で腹腔鏡下ラジオ波焼灼術を瞬時最大出力を１５２W、焼灼回数を４回、針種は cool　tip 単針、針長は２５cm、針先電極は３０mm の条件の下、施行した。手術終了時、対極板を剥がしたところ水泡状の熱傷が生じていた。対極板の貼付不良はなかった。皮膚科に受診した結果、Ⅲ度の熱傷と診断された。	第１８回 図表Ⅲ - ２-１３ No. １
5	障害の可能性なし	対極板の使用に関連	肝癌に対してラジオ波焼灼術を施行した。対極板除去時、右大腿部に貼用していたものが一部はがれており、熱傷が生じていた。すぐに冷却し皮膚科医の診断では、熱傷の深度は深い可能性があるため、エキザルベ塗布し経過観察し加療を行なった。その後、植皮術を施行した。	第１８回 図表Ⅲ - ２-１３ No. ２
6	障害の可能性なし	不明	子宮頚部円錐切除術をヤグレーザを使用して行なっていた。ヤグレーザをいつも通りに使用し病変部を切除した。切除面よりの出血をヤグレーザでの止血を試みたが、止血しないため、電気メスを使用することにした。主治医はフットペダルから足を外し、レーザガイド用プローブ先端から赤い光が出ていないことを確認し、ドレープにつけていたメッキンポケットにプローブを入れた。次に、電気メスにより止血を開始した。焦げる臭いがしたため確認すると、メッキンポケットが炎上していた。急いでドレープとメッキンポケットを取り外したが、手術台のシーツにも引火し、患者の左殿部大腿内側の皮膚に７×６．５cm 範囲で熱傷をきたした。	第１８回 図表Ⅲ - ２-１３ No. ３

注）医療事故事例の背景・要因および改善策については報告書参照。

No.	事故の程度	事故の内容	具体的内容	掲載報告書
7	障害の可能性（低い）	使用方法の誤り	レーザーで病変部を含む子宮頚部の切除を開始し、子宮頚部を切断した。切除断端から出血を認めたため、レーザーで蒸散を行ったが、止血困難なため、電気メスによる凝固止血も併用しながら、レーザーと電気メスを交互に使用し止血を行った。電気メスを使用している際に、誤ってレーザーのフットスイッチを押してしまい、レーザーのハンドピースを入れていたプラスチック容器が穿孔、覆布に引火、すぐに消火したが、患者の右大腿部に熱傷を負った。１０×４cmの皮膚表皮剥離を伴う熱傷を認めた。直ちに皮膚科医による、ステロイド軟膏塗布の処置を行った。	第２０回 図表Ⅲ-２-１３ No. 1
8	障害の可能性なし	使用方法の誤り	患者に対しレーザー円錐術施行した。終了後、ドレーピングを外したところ、左ソケイ部に三箇所点状の熱傷を発見した。直ちに冷却してリンデロンＶＧ軟膏を塗布し、キュティポアを貼用して保護した。	第２０回 図表Ⅲ-２-１３ No. 2
9	障害の可能性なし	使用方法の誤り	腹腔鏡補助下子宮体癌根治手術を行うこととなった。体外用のハンドピース型電気メスと体内用のフットスイッチ型モノポーラー電気メスを準備した。手術開始後、体内用モノポーラー電気メスを使用するために、口頭で確認後、フットスイッチを押したが通電しなかったため、３秒ほどでフットスイッチを解除した。この際、下腹部の覆い布上に置いてあった体外用ハンドピース型電気メスに通電していることが判明、覆い布の下の皮膚が７mmほど凝固切開されてしまった。接続を確認すると、電気メスのコードがフットスイッチ用とハンドスイッチ用が逆に接続されていた。切開部の深さは３mmほどで出血は認めず、閉腹時に修復することとして、接続を直して手術を続行、その他のトラブルはなく手術は終了した。閉腹時に同部位を４－０バイクリルで３針結節縫合して修復した。	第２０回 図表Ⅲ-２-１３ No. 3
10	死亡	不明	上部消化管癌術後の患者が、重症の術後肺炎のため呼吸困難に陥り、人工呼吸器管理・ＩＣＵ管理となった。呼吸管理が長期に及ぶため、経口挿管から気管切開部からの挿管へ切り替えることとなり、気管切開術を施行した。消化器外科の医師が、電気メスを用いて気管を切開している際、すでに挿入していた気管チューブの一部に引火し、患者は気道熱傷を起こした。	第２０回 図表Ⅲ-２-１３ No. 4
11	障害の可能性（低い）	使用方法の誤り	午前中に手術を行った。夜、右側腹部に約1cm弱の発赤があることを発見した。超音波凝固メス（ＣＵＳＡ）、電気メスの誤操作による熱傷が疑われた。手術中断が出来なかったため、患部を冷却しながら続行した。患部をデブリードメントし、２針縫合した。	第２０回 図表Ⅲ-２-１３ No. 5

図表Ⅲ-2-11　電気メスなどに関連したヒヤリ・ハット事例の内容と患者への影響　第 31 回～第 33 回

事例の内容	患者への影響							
	異物残存（可能性も含む）	近隣組織（臓器）の損傷	穿孔	熱傷	なし	その他	不明	合計
機器の不具合・破損	2	0	0	2	4	0	6	14
金属の接触	0	0	0	1	0	0	0	1
使用方法の間違い	0	1	0	13	0	0	2	16
薬剤などの併用	0	0	0	0	0	0	0	0
他機器などの併用	0	0	0	0	0	0	0	0
他材料などの併用	0	0	0	0	0	0	0	0
対極板の使用に関連	0	0	0	0	3	2	3	8
突然の発火	0	0	0	2	1	0	1	4
その他	0	0	1	2	5	0	2	10
不明	0	0	0	1	0	0	0	1
合　計	2	1	1	21	13	2	14	54

図表Ⅲ-2-１２　電気メス等に関連した医療事故事例の概要注)（２００６年1月～２００８年１２月３１日）

No.	事故の程度	事故の内容	事故の内容
【異物残存（可能性も含む）】			
1	障害なし	機器の不具合・破損	腹腔鏡下前立腺全摘除術中、腹腔鏡用バイポーラ鉗子（アドテックバイポーラ）が故障し、使用を中止した。術後、その鉗子を確認すると、蝶番の根本にある０．５×３mmくらいのセラミック部分がなくなっていることに気付いた。患者の体内にあるかどうか定かではないが、体内に残存している可能性がある。
2	障害の可能性なし	機器の不具合・破損	経膣式子宮鏡下子宮筋腫核出術を施行中、電気メスのループ型電極の尖端部分（約７mm）が破損した。子宮内掻把、膣内洗浄及び吸引等を行い排出を試みたができなかった。製造元に確認したところ、電極の材質は、タングステンであり、それ自体は生体に悪影響を及ぼすものではないとの事であった。
【近隣組織（臓器）の損傷】			
3	障害の可能性（低い）	機器の不具合・破損	腹腔鏡下で腸切除術開始後、医師が手術操作で触った部分以外に電気メス（フォーカス４０）による熱傷のような損傷箇所を発見した。術者の把持している鉗子の先と電気メスがぶつかり通電したものと思い、手術を続行したが、その後、同じような部分が発見されたため、使用していた電気メス先を点検したところ、先端から１０cmほどのところのコーティングに傷があり、そこから通電し、腸の損傷がおきたことが疑われた。全腸を検索するため、開腹手術を行い、大腸に６ヶ所の同様の損傷を発見し修復した。
4	障害の可能性（高い）	他機器等の併用	肝Ｓ８の横隔膜下にある肝癌をＣＴ下で経皮経胸腔的にガイド針を刺入し、ＣＴで針先が肝癌に当たっていることを確認し、ラジオ波焼灼療法（以下ＲＦＡ）を１２分間行い、問題なく終了した。終了約２時間後、呼吸状態が低下し、ＵＳ下で右胸水が大量に貯留していた。胸部ＣＴ撮影後、試験穿刺した結果血性液であった。点滴および輸血開始し呼吸器外科により緊急手術を行った。
5	障害の可能性（低い）	その他	経尿道的内視鏡的膀胱腫瘍電気的切除術中、電気メスによる切除を左側壁の腫瘍より開始した。電気メスからの電気刺激による左閉鎖神経の刺激からくると思われる左下肢の大きな内転が生じ、急な体動により電気メスが膀胱壁を貫通した。
6	障害の可能性（低い）	その他	人工血管置換術を行うために胸骨正中切開を施行した。縦隔剥離操作中に、医師Ａが通常靭帯のある部位を電気メスで切開した。医師Ｂが開胸器をかけ術野を確認したところ、胸骨上縁直上の気管が２cmにわたって露出しており、よく見ると気管軟骨（輪状軟骨）が縦切され、気管内挿管チューブの一部が見えていた。気管損傷と判断し、人工血管置換術は中止とし、気管損傷の修復をした。
【穿孔】			
7	障害の可能性（低い）	その他	卵巣のう腫手術のため片側付属器切除術が実施された。回腸、大網の癒着が高度で、その癒着剥離を行ったが、回腸末端から約２５cmの部位を剥離したところ、剥離部分から出血があった。その出血点をセッシで挟鉗して電気メスで焼灼した時に小さな穴があき、腸液の漏出があった。すぐに縫合修復が行われた。
8	障害の可能性（低い）	その他	大腸内視鏡下ポリペクトミーでスネアをかけた後、通電する際に本来は周囲の腸管と十分離れていることを確認して行った。患者は術後であり、腸管の癒着の影響でファイバーの保持が困難であった。このため、通常よりもやや周囲の腸管に押し当てた状態で、通電した。通電直後に腹痛等は生じなかったため、穿孔はないと判断し、瘢痕部をクリッピングした。翌日になり、患者に腹部の圧痛が出現し、発熱も認めたため、腹部ＣＴを行ったところ、腹腔内に遊離ガスを認めた。穿孔性腹膜炎と判断し緊急手術を行った。
9	障害なし	その他	側方発育型大腸腫瘍の内視鏡的切除を予定していたが、通常使用するスネアでは病変絞扼できないため、周囲を切開してから切除する方法に変更した。病変周囲を盛り上げて電気メス（フラッシュナイフ）で切開を行ったが、切開電流が粘膜の深部に及んで微小な穿孔が生じ、大腸内に送気した空気により腹腔内気腫が生じた。

注）医療事故事例の背景・要因および改善策については第１７回報告書１２１頁図表Ⅲ-2-１６参照。

No.	事故の程度	事故の内容	事故の内容
【熱傷】			
10	障害の可能性（低い）	機器の不具合・破損	肝拡大右葉切除術終了後、シーツ除去すると、患者の下顎皮膚に約７×２cmに黒く炭化した熱傷に気付いた。リンデロンＶＧを塗布したのち、ガーゼにて被覆し、継続加療を行う方針とした。手術中は電気メス（アルゴンビームコアギュレーター、ティッシュリンクなど）を使用した。シーツが水でぬれておりコードや電気器具先端が金属部分に触れていた可能性があった。電気凝固器具のスイッチが血液凝固により固着し、指を離してもスイッチがオンになったままで、シーツを焼き、患者に熱傷をきたした。
11	障害の可能性（低い）	不明	ラジオ波焼灼療法を実施した。熱傷の可能性については、患者に治療前に十分に説明を行った。癌細胞が肝表にあり、皮膚の熱傷が心配されたため、皮下には念入りに麻酔を行った。翌日、治療部の発赤と刺入部の硬結が認められたため皮膚科を受診し、加療した。その後の増悪がないため、経過観察とし、患者は退院した。退院後、創部の熱傷範囲が広がり植皮の必要が生じた。
12	障害の可能性（低い）	突然の発火	扁桃摘出術後出血の患者に全身麻酔下で止血処置を行った。凝固止血装置を使用中に突然発火した。口腔内のそばにあった綿に引火し口腔内粘膜及び舌粘膜を火傷した。
13	障害の可能性（低い）	使用方法の間違い	右口蓋扁桃摘出し、左口蓋扁桃摘出を行う際、止血処置のため使用していたバイポーラの不具合があり、普段使用しない他社のバイポーラを使用した。その他社のバイポーラの非絶縁部が右口角に触れた状態で使用し、右口角に１０×１０mm程度、外観上は３mmの熱傷をきたした。翌日皮膚科受診し外用剤で保存療法、難治であればデブリードマン、縫縮も考慮して治療することとなった。
14	障害の可能性（低い）	対極板の不適切な使用	ラジオ波焼灼術終了後、大腿部に貼っていた対極板の後が赤くなっていた。両大腿部の発赤部分を冷却するとともに、形成外科医師による診察を行った。対極板は古いものが使用され、ラジオ波装置にあった対極板を使用しなかった。ラジオ波装置に対極板の抵抗値、抵抗異常時の警報機能がなかった。
15	障害の可能性（低い）	使用方法間違い、対極板の不適切な使用	全身の皮膚状態に異常のないことを確認し、体位固定後、右大腿部（膝上１０cmm程度外側より）に対極板（メラＮＥジェルパッドスタンダード）を貼布した。執刀開始、電気メスは使用できていたが、術中、医師が超音波メスやバイポーラのフットスイッチを何度も誤って踏んでいた。メス先はリネンのポケットに入れた状態だった（熱傷の起きた部位とは離れた場所）。手術開始から２時間後、手術中突然電気メスが使用できなくなった。電気メスの警報は鳴らなかった。電気メス本体とコードを別の物に交換したが同じように使用できないため、対極板を確認すると、皮膚から完全にはがれイエローフィンの棒に着いていた。この時点で皮膚の観察はできていない。対極板を他の部位に貼りかえ手術を継続した。その後、電気メスのトラブルはなかった。手術終了後リネンを剥がすと、患者の右大腿部膝蓋骨から上１２cmに1cm×３cmの黒色に皮膚変化し熱傷をきたしていた。
16	障害の可能性（低い）	薬剤等の併用、他材料等の併用	両側口蓋扁桃摘出術施行した。口角部の炎症を生じないよう、口角・口唇部の保護を目的に生理食塩水で湿らせたガーゼを口唇周囲に留置、保護し手術を開始した。術野の焼灼にはバイポーラ凝固ピンセットを使用した。手術終了時にガーゼを外すと右下口唇の上皮剥離と皮下組織の損傷を認め、開口器などによる機械的損傷と考え、ステロイド含軟膏を塗布した。しかし、翌日には下口唇部の腫張が増強し、右下口唇部の損傷は赤唇縁を超えていたため、形成外科を受診した。その結果、バイポーラ基部の絶縁部から生理食塩水を含んだガーゼを介し、通電したため熱傷をきたしたと診断された。
17	障害の可能性（低い）	薬剤等の併用	手術が創縫合に進み直接介助者である看護師は、術野の清拭用にマスキンWアルコール綿を医師に手渡したが、医師には「マスキンアルコールである」事を伝えなかった。医師はそれを生食綿と思い込み、その綿球で創部を拭いた後、少量の出血を認めたため電気メスを使用した。そのため、置いてあったガーゼに引火した。看護師がそのガーゼを床に落として消火している間に、医師が手術器材台のビーカーに入ったマスキンWアルコールを（生食と思い込んでいたため）消火のために創部にかけ、患者の右側腹部に２～３度の熱傷をきたした。

No.	事故の程度	事故の内容	事故の内容
18	障害の可能性（低い）	使用方法の間違い	左膝変形性関節症の手術終了後、手術台の上で患者が横になった状態で、医師が包帯を巻いている時、看護師が患者の左第１趾底面に約２cm × ２mm の熱傷を発見した。手術時に使用した電気メス（電気メス用ハンドコントロールペンシル）のペンシル部分を、手術台に置いたため、麻酔がかかった患者の膝を屈曲した際に、患者の足で電気メスを踏み、スイッチに触れ電源が入り、熱傷となったと推察された。
19	障害の可能性（低い）	金属が接触	患者に右扁桃摘出術施行した。出血に対して、電気凝固的に止血処置を行った。その際に金属に接していた部分に電気が走り熱傷を起こした。
20	障害の可能性なし	機器の不具合・破損	執刀前、電気メスの切開・凝固ボタンの作動確認していた。静脈採取時、電気メスの作動音が鳴り続けていることを医師と外回りの看護師が気付いた。作動音が鳴っていた時間は不明であった。手洗い看護師が電気メスを持ち上げると、リネンが焼け、右大腿約１×０．５cm 程度の皮膚変化（中央が白く周縁が黒）があった。電気メスは凝固ボタンが押されたままの状態になっていた。手術中、電気メスを誤って押すような事はなかった。電気メス凝固ボタン復帰不具合により患者に熱傷をきたした。熱傷部をメスで切除し、ステープラーで縫合した。
21	障害の可能性（低い）	対極板の不適切な使用	開腹による肝臓がん手術中に、ラジオ波を使用することとなった。対極板は手術リネンの下にもぐり患者の両大腿に横張りにした。通電確認し放射線科医師の確認も行い通電した。１回１２分で計８回行った。使用途中に対極板の状況は確認していない。手術終了後に対極板を剥がすと右大腿部の２箇所に３度熱傷をきたしていた。
22	障害の可能性なし	使用方法の間違い	患者が手術室に入室後、全身麻酔による手術の準備をすすめた。創部を消毒し、リネンをかけた後にコード類を術野から下ろして外回り看護師に渡した。外回り看護師はあわてており、バイポーラのコード（エースクラップＧＫ２００）をモノポーラの端子（本体:バリーラブフォースＦＸ－Ｃ）に接続してしまった。この為、常に通電の状態になった。手術医は通電していないと思いＳ状結腸を把持したため、熱傷をきたした。外科医により熱傷部の漿膜を縫合した。
23	障害の可能性（低い）	薬剤等の併用	潰瘍性大腸炎の患者に結腸亜全摘、回腸ストマ、Ｓ上結腸粘液ろうを造設することとなった。閉腹後、ストマを造設するため正中創にノベクタンスプレーを噴霧した。その後、皮膚切開に電気メスを使用していたところ、皮膚のノベクタンスプレーに引火した。すぐにガーゼを用い消火したが熱傷を受傷させた。
24	障害の可能性（低い）	薬剤等の併用	術野をマスキンエタノール消毒液で追加消毒した。その際、消毒液がシーツに浸透し、電気メス放電火花がシーツに引火し発火した。患者の右側胸部に２度および３度の熱傷を生じた。
25	障害の可能性（低い）	使用方法の間違い	手術はＣＯ２レーザーと電気メスの併用して行った。手術終了の直前にＣＯ２レーザーから電気メスに変更した。このとき誤ってレーザーのペダルを踏んでしまい、緑布に引火し、患者の左大腿後面が熱傷した。熱傷は約１０cm × ３０cm ほどで、一部３度まで達している可能性があった。

図表Ⅲ-2-１３　電気メス等に関連した事故の患者への影響（２００６年１月～２００８年１２月）

患者への影響	件　数
異物残存（可能性も含む）	2
近隣組織（臓器）の損傷	4
穿孔	3
熱傷	16
なし	0
その他	0
不明	0
合　計	25

【5】ベッドなど病室の設備に関連した医療事故

平成２１年1月1日から9月３０日までに報告された医療事故事例のうち、「事故の概要」のコード情報の中から「療養上の世話」および「その他」に関するコードを選択した事例、もしくは、それ以外で報告の内容がベッドなど病室の設備に関連する事例について抽出し、病室の設備を「ベッドおよびベッド柵」、「オーバーテーブル」、「床頭台」、「ナースコール」と限定し、分析を行った。

（1）ベッドなど病室の設備に関連した医療事故の現状

ベッドなど病室の設備に関連する事例の概要は図表Ⅲ-２-１４のとおりである。また、事故の内容を「ベッドおよびベッド柵」、「オーバーテーブル」、「床頭台」、「ナースコール」と分類した（図表Ⅲ-２-１５）。

第１７回では、ベッドなど病室の設備に関連する医療事故事例は、病棟ではロック式とロック無しのオーバーテーブルの２種類が患者のＡＤＬにあわせて使用されていたが、患者自身がそのことを知らず、他の患者のオーバーテーブルを移動の補助に使用して起きた事例１件であった。

第１９回では、ベッドなど病室の設備に関連した医療事故は６件であった。ベッドの隙間を防ぐ為に使用しダンボールの断面で受傷した事例１件、オーバーテーブルを支えにしようとして転倒した事例４件、床頭台を支えにしようとして転倒した事例１件であった。

（2）ベッドなど病室の設備に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

平成２１年に事例が発生した３１回（１月～３月）および第３２回（４月～６月）ヒヤリ・ハット事例収集において報告されたベッドなど病室の設備に関連した事例について、発生状況を「ベッドおよびベッド柵」、「オーバーテーブル」、「床頭台」、「ナースコール」として分類した（図表Ⅲ-２-１６）。

図表Ⅲ-２-１４　ベッドなど病室の設備に関連した医療事故事例の概要注）第 17 回、第 19 回

No.	事故の程度	分類	事故の内容	掲載報告書
1	障害の可能性なし	ベッドおよびベッド柵	当該事象の４日前にベッドの頭側の隙間に患者が頭部を突っ込んでいたため、ダンボールで隙間を塞いだ。その際、バスタオルでダンボールを覆った。しかし、バスタオルを紐で縛る等の対策は行わなかった。当日、検温のため担当看護師が病室に入ると、ダンボールの上部の断面に血液が少量付着し、ベッド上の枕元が血液で汚染されているのを発見した。患者の手が保護していたバスタオルにあたり、バスタオルが外れてしまったと思われた。さらに、患者が激しく体動しベッドのマット面から４０センチほどの高さにあるむき出しになったダンボールの断面に顎をぶつけ切創を形成したと思われた。患者は外科医によって縫合処置が行われた。	第１９回 図表Ⅲ-２-９ No. 1
2	障害の可能性（低い）	オーバーテーブル	患者は、向かいのベッドにいる他の患者に話をしようと移動し、相手の使用しているロックの無いオーバーテーブルに手をついたところ、転倒した。	第１７回 図表Ⅲ-２-１７ No. 1
3	障害の可能性なし	オーバーテーブル	１時２０分頃にガタガタと物音がするため訪室すると患者がベッドの足元側に倒れているのを発見した。患者から「トイレに行こうとしてベッドの足元の柵に掛けていたオーバーテーブルを持った時にテーブルが外れ一緒に倒れ頭を少し打った気がする。」と言われた。左手関節レントゲン施行の結果、左橈尺骨遠位端骨折と診断され、手術予定となった。	第１９回 図表Ⅲ-２-９ No. 2
4	障害の可能性（低い）	オーバーテーブル	患者は通常、ベッドサイドのポータブルトイレを使用した後、ナースコールで看護師を呼びベッドへ移動していたが、一人でベッドへ戻ろうとオーバーテーブルを支えに立ちあがったところ、オーバーテーブルが動いてしまい、バランスを崩し転倒してしまった。レントゲン結果左大腿骨転子下骨折あり。その後観血的骨接合術を施行した。	第１９回 図表Ⅲ-２-９ No. 3
5	障害の可能性なし	オーバーテーブル	患者は病室内の洗面台で手を洗おうとベッドサイドに立ち、オーバーテーブルにつかまり歩行しようとしたところ、オーバーテーブルが動き、バランスを崩し尻もちをついた。腰部レントゲン撮影、第１腰椎圧迫骨折が診断された。	第１９回 図表Ⅲ-２-９ No. 4
6	障害の可能性（高い）	オーバーテーブル	退院前日の朝５時頃、ベッドから転落し左眼を負傷した。左眼球破裂、左眼瞼裂創を認め、緊急手術となった。ベッド上で座位になり水を飲もうと湯飲み茶碗をとろうとして前かがみに倒れたと考えられた。患者自身の転落後の記憶がないが、発見時オーバーテーブルはいつもの位置から２０cm ほどずれており、オーバーテーブルが動いて前かがみに落ちたと思われた。患者は６人部屋で、患者のベッドと同室者のベッドとの間に仕切りをする形で、ロッカー（可動式・ストッパーあり）・床頭台（可動式・ストッパーあり）・オーバーテーブル（可動式・ストッパー無し）を並べていた。	第１９回 図表Ⅲ-２-９ No. 5
7	障害の可能性（高い）	床頭台	患者は午前３時頃、トイレに行こうと立ち上がり、床頭台のテーブルを支えにした時、床頭台が動いた為バランスを崩し転倒する。テーブルの角で左上眼瞼を打ち、裂傷となる。 翌朝形成外科受診し左上眼瞼を６針縫合した。	第１９回 図表Ⅲ-２-９ No. 6

注）医療事故事例の背景・要因および改善策については報告書参照。

図表Ⅲ - 2 - １５　ベッドなど病室の設備に関連した医療事故の発生分類　第 17 回、第 19 回

分　類	件　数
ベッドおよびベッド柵	1
オーバーテーブル	5
床頭台	1
ナースコール	0
その他	0
合　　計	7

図表Ⅲ- 2 - １６　ベッドなど病室の設備に関連したヒヤリ・ハット事例の発生分類　　第 31 回～第 32 回

分　類	件　数
ベッドおよびベッド柵	83
オーバーテーブル	75
床頭台	21
ナースコール	19
その他	0
合　　計	198

【6】患者取り違えに関連した医療事故

第１７回報告書において個別テーマとした患者取り違えに関連した医療事故について、平成１６年１０月から平成２１年３月３１日まで、８５件の報告があった。その内訳を図表Ⅲ-２-１７に示す。このうち平成１６年１０月から平成１８年９月３０日までに報告された事例については、第５回報告書から第７回報告書において個別テーマとして取りあげた。

その後の報告を、本報告書分析対象期間（平成１８年１０月１日から平成２１年３月３１日まで）とし、患者取り違えに関連した医療事故５９件の分析を行った。本報告書分析対象期間に報告された患者取り違えに関連した医療事故の概要を図表Ⅲ-２-１８に示す。

本報告書の「患者取り違え」は、ｉ患者Ａを患者Ｂと誤認し、患者Ａに患者Ｂの処置等を実施した（以下「患者同定の間違い」とする）、ii患者Ａの同定は正しいが、患者Ｂの処置等を患者Ａに実施した（以下「処置等の取り違え」とする）の２つの分類をあわせたものを示すこととする。

なお、第５回報告書から第７回報告書においての個別テーマは「患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した医療事故」としたが、今回は「患者取り違えに関連した医療事故」とした。「手術・部位の間違いに関連した医療事故」については追って報告する。

（１）患者取り違えに関連した医療事故の現状

①　患者取り違えの発生状況

本報告書分析対象期間に報告された５９事例において、患者取り違えの発生状況を、「薬剤」、「輸血」、「手術」、「治療・処置」、「検査」、「栄養」、「療養上の世話」、「その他」を縦軸に、医療従事者の業務段階を横軸として整理した。件数の多かった上位３つは、薬剤の患者取り違えの実施段階が２１件、輸血の患者取り違えの準備段階が６件、検査の患者取り違えの実施段階が５件、であった（図表Ⅲ-２-１９）。

②　患者取り違えが発生した背景・要因

患者へ処置等を実施する際に、まず第一段階として患者を同定しているかを確認し、第二段階として薬や処置の内容がその患者のものであるのかを確認する。本報告書分析対象期間に報告された59事例において、ｉ患者同定の間違い、ii処置等の取り違え、の２つに分類し、患者の取り違えが発生した主な背景・要因を分析した。

ｉ患者同定の間違い

患者同定の間違いに関するものは12件あり、ひとつの医療事故から複数の背景・要因について報告された。その中で多かったのは、ルール違反に関すること、取り違えを誘発しやすい環境に関することであった。

ルール違反は、患者確認（名前を声に出す、患者に名乗ってもらう、ベッドネーム、リストバンドなどを見る）を怠った、復唱のルールを守らなかった、食札と処方箋・内服薬は確認したので大丈夫だと思い、患者と食札の確認を怠った、などがあった。

確認の工程の第一段階は患者同定、第二段階は処置等の内容がその患者のものであるのかの確認

であるが、勘違いや思い込み、あるいは焦りなどにより、確認の工程の第一段階である患者同定を怠り、「○○さんである」という前提で確認の工程の第二段階を行っていることが伺える。事故発生後に確認の工程を振り返り、「確認しているつもりでしていなかった」ということに気付いている。

取り違えを誘発しやすい環境は、同室に同姓同名の患者がいたことや同じ処置が必要な患者がいたこと、患者の前で別の患者の指示が出されたため、患者を間違えたことがあった。

この他、患者に難聴があり違う名まえを呼ばれても「はい」と返事をしたなど、患者側の要因もあった。

ii 処置等の取り違え

処置等の取り違えに関するものは 47 件あり、ひとつの医療事故から複数の背景・要因について報告された。その中で多かったのは、ルール違反に関すること、取り違えを誘発しやすい環境に関することであった。

ルール違反は、確認の工程の第一段階の患者同定の確認後、第二段階の薬や処置の内容がその患者のものであるのかの確認が守れなかったということである。患者同定の確認をすることで、第二段階の確認への意識が薄くなってしまう現状が伺える。また、業務の中断後、どこから業務を再開するのかが明確でないものや、確認の具体的方法が明確でないものもなどがあった。

取り違えを誘発しやすい環境は、ものの配置が背景・要因となるものが多かった。処置台が乱雑で、整理・整頓されていなかった、患者の注射箋と薬剤とを別の場所に置くようになっていた、など作業環境の整理整頓の重要性を伺うことができるものがあった。また、複数患者の注射器をまとめて１つのトレイに入れてワゴンで運んでいた、１人で同時に３人の患者の処置の準備をした、など作業効率の向上と安全の確保を両立することの難しさを伺うことができる背景・要因もあった。

③　患者取り違えの発見の契機

本報告書分析対象期間に報告された 59 事例において患者取り違えを発見した契機は、「実施後、後片付けをしていて自分で気付いた」、「他のスタッフが気付いた」といった実施後の発見や経過観察の過程での発見や、「前回の検査結果と比べて同一患者と思えない結果だった」という患者の状態を評価したことによる発見もあった。また、「患者あるいは家族から指摘を受けて発見した」と、患者や家族も事故の防止や発見に関わっていることが報告された。

④　患者取り違えを防ぐ取り組みの現況から見えること

本報告書分析対象期間に報告された 59 事例において、患者取り違えの報告の中で、確認のルールはあるが、「確認がされなかった」、「不十分な確認であった」と事例を振り返っている。次に、取り違えにおける不十分な確認の内容と患者の取り違えを防ぐ取り組みである「確認」に対する医療機関の取り組みの現況を分析した。

i 取り違えにおける不十分な確認の内容

指示出しや患者に実施する直前に、何らかの「確認」をしたが、結果的に患者が同定されなかったことや患者と処置等が照合されなかったということが「不十分な確認」として報告されている。

「不十分な確認」の内容は、オーダリング画面に表示された患者氏名の最後の文字で判断した、ホッ

チキスで止めてあった複数の薬袋のうち、1 番上の薬袋の氏名で確認した、マニュアルでは輸血と伝票と患者カルテで確認することになっているが、カルテを使用しなかった、などがあった。また、緊急における確認の役割分担が明確でなかった、ルールがなく確認の方法がスタッフ個人に任されていた、忙しい状況で患者を待たせており焦りがあった、準備段階での確認で「確認は済んでいる」という意識があった、などがあった。

医療現場は複数の業務が同時に進行し、さらにその業務は患者の状況に応じた変更や修正が必要となり、最初に計画した業務は刻々と変化する可能性がある。そのためひとつの業務に集中できず、また業務の変化に対応できず、不十分な確認となる現状がある。

ii 医療事故後の医療機関の取り組み

患者取り違えを起こさないために、医療機関の中には「目で確認、指差し確認、声だし確認する」といった確認の取り組みや、ＰＤＡを導入し、機械的に患者認証ができる仕組みを構築しているところもある。また、「患者に名乗ってもらうことを外来案内で表示し、患者に協力を得る」ことや、「薬袋や点滴ラベルに記載されている患者氏名を患者自身にも目視で確認してもらう」といった患者参加の取り組みや、「患者に名乗ってもらうだけではなく、さらにベッドネーム、リストバンドで確認する」という対策をとっているところもある。

（2）患者取り違えに関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第２９回および第３０回ヒヤリ・ハット収集事業において、記述情報のテーマにあげられた患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した事例の中から患者取り違えに関連した事例について分析を行った。患者取り違えに関連した事例の発生状況について、「薬剤」、「輸血」、「手術」、「治療・処置」、「検査」、「栄養」、「療養上の世話」、「その他」と事例の概要を縦軸に、「指示出し」、「指示受け・申し送り」、「準備」、「実施」、「実施後の観察及び管理」、「その他」と医療従事者の業務段階を横軸とし図表Ⅲ-2-２０に示す。

（3）患者取り違えに関連した医療安全情報の提供とその後の報告の現状

患者取り違えに関連した医療安全情報として、平成１９年１０月医療安全情報Ｎｏ．１１「誤った患者への輸血」および平成２０年１２月医療安全情報Ｎｏ．２５「診察時の患者取り違え」を提供した。

①　医療安全情報Ｎｏ．１１「誤った患者への輸血」

輸血に関連した医療事故の中から、輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行わなかったために誤った患者に輸血を投与した事例６件について、情報提供を行った（集計期間：平成１６年１０月から平成１９年６月３０日まで）。平成１９年１０月の情報提供後、平成２１年３月３１日現在まで、同様の事例は１件であった。

②　医療安全情報Ｎｏ．２５「診察時の患者取り違え」

患者取り違えに関連した医療事故の中から、診察時、口頭で患者氏名を確認したにもかかわらず患者を取り違えた事例３件について、情報提供を行った（集計期間：平成１６年１０月から平成２０年８月３１日まで）。平成２０年１２月の情報提供後、平成２１年３月３１日現在まで、同様

の事例の報告はなかった。

図表Ⅲ-２-１７　患者取り違えに関連した医療事故の発生件数

	平成 16 年 10 月～ 12 月 31 日	平成 17 年 1 月 1 日～ 12 月 31 日	平成 18 年 1 月 1 日～ 12 月 31 日	平成 19 年 1 月 1 日～ 12 月 31 日	平成 20 年 1 月 1 日～ 12 月 31 日	平成 21 年 1 月 1 日～ 3 月 31 日	合計
	件数	件数	件数	件数	件数	件数	
患者取り違え	0	10	20	21	27	7	85

図表Ⅲ-2-18　患者取り違えに関連した医療事故の概要注)

No.	事故の程度	段階	事故の内容
【薬剤　26件】			
1	障害なし	指示段階	患者Aの次に患者Bを診察した。患者Bにバルトレックス６Ｔ　３×２日分、ベシカム軟膏をオーダリング画面により処方入力を行った。その後、医事課より、患者Bに薬が処方されていないことを指摘され、再度、医師は入力した。 翌日、患者Aからの問い合わせにより、最初に行った処方入力を患者Aの画面で行っていたことがわかった。
2	障害なし	指示段階	経管栄養を行っている患者Aの内服薬準備中、プレドニゾロン散の処方があるのを見つけた。疑問に思いカルテの指示欄で確認、処方指示の記載は無かったが、すでに１回分は患者に与薬されていた。
3	障害なし	準備段階	担当看護師Aは、看護師Bと看護師Cに、患者Dの「水溶性プレドニン５ｍｇと生理食塩水２０ｍＬの注射」を４時に投与するよう伝え休憩に入った。看護師Bは患者Dの注射を準備する際、患者Eの注射箋を見ながら「サクシゾン１／２量詰めたよ」とそばにいた看護師Cに声をかけた。看護師Bはこの声かけで、ダブルチェックできたと思い、準備した患者Eの「サクシゾン」の注射器を持って患者Dに投与した。患者Dの薬剤「水溶性プレドニンと生理食塩水」と患者Eの薬剤「サクシゾンと生理食塩水」がトレイに入れて並べて置かれていた。
4	不明	実施段階	処置室に準備されていたシリンジを確認後、誤って別の患者のシリンジを持って病室に行き、本来別の患者に投与される利尿剤を誤って投与した。
5	障害の可能性（低い）	実施段階	患者に名前の似ている別の患者の内服薬を間違って内服させた。
6	不明	実施段階	患者Aにシリンジポンプで注入するフェンタネスト０．４ｍｇ＋生理食塩水４０ｍＬと患者Bに施行予定のガスター１Ａ＋生理食塩水２０ｍＬを準備し、それぞれトレーに入れて同じワゴンに載せた。患者Bのガスター投与時間に他の処置で遅れたため、注射器に貼ったシール（患者名等が記載）をはがした。患者Bの部屋に入る時、誤って患者Aの注射器を手に取りそのまま実施した。
7	不明	実施段階	患者Aを患者Bだと思い込み、食事介助を実施し、主食上に載っていた内服薬を誤薬させた。
8	不明	実施段階	朝の食事介助時、患者Aの食膳と内服を確認し、「患者Ａさん」と言いながら隣の患者Bのベッドに行ってしまい誤薬させてしまった。
9	不明	実施段階	患児Aの与薬実施伝票と内服薬を病室廊下まで持参した。直前の確認をせず、同室の別な患児Bに患児Aの薬を内服させた。
10	障害の可能性なし	実施段階	患者に栄養チューブから夕方の内服薬を注入する際に、他の患者の内服薬を注入した。注入用の注射器が数名分、同じトレイに入れてあった。
11	障害なし	実施段階	看護師Aは化学療法について主治医と共に確認し、看護師Aは休憩に入るため看護師Bに抗癌剤接続を依頼した。看護師Bは抗癌剤（生食５００ｍＬ＋パクリタキセル３００ｍｇ（商品名タキソール））を接続するところを、別の患者の抗癌剤（５％ブドウ糖液２５０ｍＬ＋イリノテカン１０６ｍｇ（商品名カンプト））を当該患者の薬剤と思いこみ「注射指示及び実施記録」と点滴の氏名を確認せず接続した。患者は抗癌剤投与の際、疑問に思い２回ほど看護師Bに質問をしたが、看護師Bは確認をしなかった。看護師Aが休憩から戻り、確認すると別の患者の点滴が接続されていた。

注）医療事故事例の背景・要因および改善策については第１７回報告書１４２頁図表Ⅲ-2-21参照。

No.	事故の程度	段階	事故の内容
12	不明	実施段階	看護師は患者Ａの輸液（ネオフィリン１Ａ＋生食１００ｍＬ）を５０ｍＬのシリンジ２本に準備した。準備したシリンジには患者氏名・病室番号・投与日・薬剤名を記入したシールを貼った。同様に、別の看護師は患者Ｂの輸液（ドルミカム５Ａ＋生食９０ｍＬ）を５０ｍＬのシリンジ２本に準備し、準備したシリンジには患者氏名・薬剤名・投与日を記載したシールを貼った。患者Ａ、患者Ｂのシリンジに準備された輸液は薬品保冷庫に保管してあった。看護師は患者Ａの輸液を交換する際、薬品保冷庫から誤って患者Ｂの５０ｍＬシリンジを取り出し施行した。看護師は、シリンジに貼付してある患者氏名等を記載したラベルの確認をしなかった。
13	障害なし	実施段階	昼食時、看護師は患者Ａの薬を注入しようと与薬車から患者Ａの名前を確認して取り出した。しかしその部屋に入室した時、患者Ｂの経管栄養が目にとまり、先に接続しようと思った。経管栄養を注入する前に内服を注入しようと思い、手に持っていた患者Ａの薬を患者Ｂに注入した。別の看護師が患者Ａの薬を注入しようとして内服が無かったため、患者間違いに気付いた。患者Ｂは昼の内服はなく、患者Ａは塩酸モルヒネを内服していた。
14	障害の可能性なし	実施段階	他の勤務者から患者Ａへ眠前薬を与薬するよう依頼された。居室へ行き「寝る前の薬３錠ですね」といい、その場で服用させた。同勤務者からの報告により、誤って患者Ｂに患者Ａの内服薬を服用させたことに気付いた。
15	障害なし	実施段階	看護師Ａと看護師Ｂが処方箋と照合し各患者のトレイに置かれている内服薬を確認した。その際患者Ｃの内服薬を看護師Ｂが注入し、その後、看護師Ａが患者Ｄ氏のトレイを見て内服薬がないことに気付き、捜すと患者Ｄの空の薬袋がゴミ箱から発見された。看護師Ｂが患者Ｄの内服薬を患者Ｃに注入したと考えられた。
16	障害なし	実施段階	患者Ａと患者Ｂの２名の内服薬３包（患者Ａは２包、患者Ｂは１包）をテーブルの上に準備した。薬包には全て患者氏名が印字してあった。看護師は、患者Ａをテーブルまで車椅子で移動させ、薬包２包を取り、その内の１包の印字で患者Ａの氏名を確認した後、２包とも開けて与薬させた。その後、他の患者が看護師に患者Ａの内服薬があると知らせた。知らせを聞いた看護師は患者Ａに患者Ｂの薬を与薬したことに気付いた。
17	障害の可能性なし	実施段階	１９時にオキシコンチン（麻）５ｍｇの指示が出ていたが、与薬時間が過ぎて、焦っており、同室の別の患者へ与薬してしまった。
18	障害なし	実施段階	同じ時刻に２名の患者にラシックスを静脈注射する指示があった。患者Ａは「ラシックス１Ａ（２ｍＬ）＋生食２ｍＬ　計４ｍＬのうち０．４ｍＬを投与」、患者Ｂは「ラシックス０．５ｍＬを投与」する指示であった。患者Ａにラシックスを静脈注射するため、ラベル確認すると「ラシックス０．５」と書いてあったため準備した看護師に「ラシックス１Ａ、生食２ｍＬ　計４ｍＬのうちの０．５ｍＬですか」と確認したところ、「そうだ」とのことだったので余分にすってくれたのかと思い、そのうちの０．４ｍＬを静脈注射した。次に患者Ｂにラシックスを静脈注射しようとしたところ、患者Ａの名前が書いてあったため準備した看護師に再確認し、患者Ａにラシックス（生食で希釈していないもの）０．４ｍＬを投与したことに気付いた。
19	障害の可能性（低い）	実施段階	患者Ａと廊下ですれ違い、点滴が終了したと言われた。次の点滴があるため、ナースステーションから、確認せずに点滴１本を手にとり、患者Ａであることを確認をしないまま、点滴を患者Ｂに接続した。その後、看護師は、患者Ａの点滴を隣の患者に接続していることに気付いた。
20	障害の可能性なし	実施段階	母体血液型不適合妊娠（母体血液型Ｒｈ－）した母親は、自然経膣分娩により、出産した。出生児の血液型がＲｈ＋であったため、抗Ｄグロブリン製剤を母体へ投与する予定であった。医師は、母体に投与すべき抗Ｄグロブリン製剤を出生児の臀部に１ｍＬずつ計２ｍＬ筋肉内投与した。
21	障害なし	実施段階	看護師は、栄養チューブから内服薬をシリンジで注入する際、他の患者のシリンジと取り違え、氏名確認をせずに注入した。別の看護師が、他の患者の薬剤が入ったシリンジがないことに気付いた。

No.	事故の程度	段階	事故の内容
22	障害の可能性なし	実施段階	新人の看護師が、薬品冷蔵庫に保管されているヘパリン生食を取り出す際に、他の患者用のネブライザー用に準備されていたビソルボン液（吸入用原液）を誤って取り出し、ヘパリン生食と思い込み、患者の末梢静脈のルートより静注した。静注の際、先輩看護師がビソルボンと薬品名が注射器に記載してあることに気付き注入を中止したが、すでに１．６ｍＬ注入していた。病棟では、注射用薬剤と外用の薬剤が同じ冷蔵庫に保管されていた。
23	障害の可能性（低い）	実施段階	看護師は、患者の内服薬と思い込み他の患者の薬を取り出して準備をした。患者のものと思い込んでいたため、与薬の際、ワークシートの薬剤名と準備した薬剤の照合と投与する患者本人であるかの確認を怠り、患者に与薬した。
24	障害の可能性なし	実施段階	患者Ａ氏に朝薬の声かけをし、薬包（抗精神科薬とダオニール錠１．２５ｍｇ　２錠）を名前の部分から切り離し開封をしたが、本人がコップを持っていなかったために、床頭台からコップを取るよう声かけした。開封した状態の薬包を配薬車の上に乗せて置いた。そこへ薬を要求してきたＢ氏に与薬をした。次にＡ氏に与薬をしようとした際に、Ｂ氏の薬が残っていたことで、Ｂ氏にＡ氏の薬を飲ませたことに気付いた。当直医に報告した。
25	障害なし	実施段階	看護師は担当患者の内服薬を薬杯に準備した。その際、無記名の薬杯の中に患者Ａの内服薬（アマリール３ｍｇ　１錠）を入れた後に重ねて患者Ｂの内服薬を入れてしまい、患者Ｂにアマリール錠を与薬した。直ちに医師に報告し、低血糖を予防する処置をし、低血糖症状なく経過した。
26	障害の可能性なし	その他	看護師が配薬中にナースコールがあり、対応した患者のテーブルの上に別の患者の内服薬を置いた。その患者は、別の看護師にその内服薬を服用するか尋ね、その看護師は、指示を確認せず服薬を介助した。１時間後に家族が別の患者名の内服薬の空袋に気付いた。
【輸血　１０件】			
27	不明	指示受け段階	医師は、患者Ａの血液製剤実施の指示を出した。看護師は、輸血部から患者Ａの血液製剤を持ってきた他の看護師とともに、ナースステーションで血液製剤と伝票の患者氏名、血液型の照合を行った。その後、看護師は、患者Ｂのベッドサイドに行き、その患者が患者Ａであるかを照合せずに接続した。２時間後、医師が患者Ｂのベッドサイドに行き、指示していない血液製剤が接続されていることに気付いた。
28	障害の可能性（低い）	準備段階	患者は、前回入院の際、血液型Ｂ型と判定されていた。今回、輸血のため、患者に交差血の血液型の確認検査を実施したところ、Ｏ型の判定となった。今回の検査の際、看護師は採血前日にスピッツと伝票を合わせ、間違いがないか確認を行った。患者別にスピッツを輪ゴムで止め、一人ずつカップに入れる作業をしていた。その際、看護師は、患者のスピッツに巻かれた「交差血依頼用紙」を外し、名前を確認後、スピッツにその用紙を巻き、スピッツの名前が見えていない状態で別の患者のスピッツが立ててあるカップに入れた。医師は、採血する際、患者名の確認をせずに採血した。新しく採血し直した交差血の血液型確認検査はＢ型と判定された。
29	障害の可能性（低い）	準備段階	Ｏ型の患者に輸血を行う際、４ヶ月前に行っていた輸血療法において患者にＢ型の血液を輸血するという異型輸血が発生していた事が判明した。その原因としては、４ヶ月前の血液生化学検査結果から類推すると「採血実施患者の取違え」と考えられた。
30	障害の可能性なし	準備段階	患者Ａ（ＡＢ型）の新鮮凍結血漿ＬＲ６単位の依頼があり、病棟から患者Ａ（Ｂ型）と記載された輸血申込書と患者Ｂの交差血が提出された。病棟に患者Ｂの輸血予定を確認したが、予定がなかった。患者Ｂのラベルが貼られた交差血の血液型を検査したところ、ラベルには患者Ｂ（Ｂ型）と記載されていたが、提出された交差血の検体はＡＢ型であり、血液型が異なっていた。新しく採血し直した交差血のラベルは患者Ａ（ＡＢ型）で交差血もＡＢ型と判定された。
31	障害の可能性なし	準備段階	出血性ショックに対して、輸血を開始することとなり、看護師ＡがＦＦＰを急速・大量に溶解するために初療室内の恒温槽と病室の恒温槽の２箇所を使用した。病室の恒温槽には他の患者のＦＦＰも入っていた。看護師Ｂが病室の恒温槽からＦＦＰを取り出した。この時に、血液支給票と製剤の照合、患者と製剤との照合作業を行わず、点滴台に製剤をかけた。看護師Ａは点滴台にかけてある製剤を確認せず、輸血ルートに接続し滴下した。７０ｍＬほど入ったところで異型輸血に気付いた。

No.	事故の程度	段階	事故の内容
32	障害の可能性なし	準備段階	患者Ａ（Ｏ型）と患者Ｂ（Ａ型）にＭＡＰの指示があり、２人分の輸血製剤をほぼ同時刻に準備した。医師と看護師が確認し、注射準備台を別々にしてそれぞれの受け持ち看護師が５０ｍＬの注射器に準備した。２人の患者とも１本目は医師と看護師がベットサイドで確認し、シリンジポンプを使用して、ほぼ同時刻に開始した。患者Ａ（Ｏ型）の血液１本目が終了し、ポンプのアラームに気付いたリーダー看護師は、注射準備室に準備してあったシリンジに入った患者Ｂの輸血製剤（Ａ型）を患者Ａの輸血製剤と思い込み、受け持ち看護師に渡した。受け持ち看護師はそのシリンジが誰の製剤であるかを確認せずポンプに接続した。患者Ｂの受け持ち看護師は、患者Ｂの輸血の投与量が１２０ｍＬであるはずが、ポンプの積算量が７０ｍＬしかないことに疑問を持ち、ごみ箱を確認したところ、患者Ｂ（Ａ型）の輸血製剤が患者Ａ（Ｏ型）に投与された可能性がわかった。その後、対応中に患者Ａに血尿が見られたため、異型輸血が判明した。
33	障害なし	準備段階	日勤担当看護師が血液型検査の採血を実施する為に患者のベッドサイドへ向かった。採血に適した血管が見つからずに採血出来ずにいたところへ夜勤担当看護師が来て代わりに採血を実施した。翌日、報告書にＢ型＋と記入され病棟に報告された。２週間後に赤血球濃厚液２単位の輸血指示が出された。医師が患者に血液型を確認すると「Ａ型です」と返答した。しかし血液型報告書がＢ＋であり、医師は輸血伝票にＢ＋と記入し請求した。輸血部より連絡があり、交差血はＡ＋だが伝票にはＢ＋となっていると報告され、血液型報告書の血型が違うことがわかった。
34	障害の可能性（低い）	実施段階	手術中に自己血輸血を実施する予定であった。看護師は、保管場所から患者の自己血を取り出し、医師とともに血液製剤のＩＤと伝票ＩＤを照合した。その後、医師は患者に自己血輸血を開始したが、血液製剤に記載されている名前が患者のものではなかったため、直ちに輸血を中止した。看護師と照合した自己血は、その日に行われる別の患者のものであった。
35	障害の可能性（低い）	実施段階	輸血保冷庫には当該患者ＡのＡＢ型Ｒｈ＋の濃厚赤血球と、他科の患者Ｂ（患者Ａと異姓同名）Ａ型Ｒｈ＋の濃厚赤血球が保存されていた。指示により看護師は保冷庫よりシリンジを取り出し施行した。リーダーの看護師が保冷庫の中の輸血を確認したところ、患者ＢのＡ型のシリンジが１本なくなっていることに気付き、患者Ａに患者Ｂの濃厚赤血球を施行したことがわかった。
36	障害なし	実施段階	外来患者Ａから、当院で行った血液型の結果が本人の認識と違うことを指摘された。検査科へ問い合わところ、この時の患者Ａの血液型検査台帳にはＡ型Ｒｈ＋となっていたが、検査科で患者Ａの検査を行った検体で血液型を再検したところ、ＡＢ型Ｒｈ＋の判定となり、最初に行った報告のＡ型Ｒｈ＋は誤りであることが判明した。また、同日に行われた患者Ａ以外の血液型検査について再検査を行ったところ、他科を受診した患者Ｂの血液型がＡ型Ｒｈ＋であったが、患者Ｂの血液型をＡＢ型Ｒｈ＋と報告していた。当該事象発見日から遡って輸血歴を調べたところ、血液型間違いのあった日に患者ＢにＡＢ型Ｒｈ＋の輸血をしている事がわかった。
【手術　３件】			
37	障害の可能性なし	指示段階	１例目の患者の白内障手術の眼内レンズ（１１．５Ｄ）と２例目の患者の白内障手術の眼内レンズ（２６Ｄ）を取り違えた。
38	障害の可能性（低い）	実施段階	白内障手術時に本来予定されていた度数と異なった眼内レンズ（次の白内障手術予定患者のレンズ）を挿入して手術を終了した。 その直後の次の患者の白内障手術の眼内レンズ挿入前に、本症例のレンズ度数の誤りに気付いた。術後に患者本人に説明し、同意を得た上で、同日眼内レンズの交換手術を施行した。挿入されていた眼内レンズを摘出し、本来予定していた度数の眼内レンズを挿入した。
39	障害の可能性なし	実施段階	白内障手術時、患者の眼内レンズは、２６．５の度数のレンズの予定であったが、他の患者に用意されていた２１．０の眼内レンズを挿入した。

No.	事故の程度	段階	事故の内容
【治療・処置　7件】			
40	障害の可能性なし	実施段階	患者Aは、朝ノボリンNフレックスペン５単位、患者Bは、朝ペンフィル３０R　１０単位を注射していた。担当看護師は、早朝、患者Aの血糖測定後、他の患者の対応をした。その後、カルテでインスリンの量を確認し、患者Aにノボリンフレックスペン１０単位を注射した。４０分後、患者Bに、朝食前のインスリン注射を行うため、カルテを確認したところ、注射の実施サインがしてあり、患者Aに注射を実施する際、患者Bのカルテを見て、５単位すべきところを１０単位実施したことに気付いた。
41	障害なし	実施段階	医師は病棟で指示出しを行っていたところ、看護師から担当患者以外の点滴を挿入するように依頼された。名前を聞いて、点滴を持ち病室に行った。多人数部屋であったので、病室に入ったところで、名前を呼んだ。カーテン越しに返事があったため患者の前に行き、もう一度名前を呼んでベットサイドへ行った。患者の点滴漏れを確認して、新たに点滴を挿入した。点滴の滴下を確認し、廊下にいた看護師に点滴挿入の報告をした。すぐに看護師が確認に行ったところ、本来その点滴をするはずではない患者に点滴挿入されていることが分かった。
42	障害の可能性なし	実施段階	採卵・受精後３日目に患者Bの培養液交換に続き、患者Aの培養液交換を行った。患者Aの培養液を交換し、新しいシャーレをインキュベータに入れた後、ベンチシート上を見ると、患者Bの古い培養液の入ったシャーレと患者Aの古い培養液の入ったシャーレの２つがあった。廃棄する前にシャーレを見ると受精卵が１個残っていたので、後に作業した患者Aのものだと思い、インキュベータから患者Aのシャーレを取り出し入れた。患者Aの受精卵は胚盤胞になり、移植した。患者Aは妊娠したが、患者Aの受精卵の状態は良好ではなく、妊娠の可能性は低いと考えていたため不審に思い検証した。その結果、最後に患者Aのシャーレに入れた受精卵は患者Bのものであった可能性が高いと判断した。
43	障害の可能性なし	観察・管理段階	患者Aは入院後、心電図モニターを装着した。患者Aの心電図は、送信機１を使用してセントラルモニターC（８人用）に表示されていた。３日後、患者Bが入院し、患者Bにも心電図モニターを装着することとなった。送信機１はメモリー機能が付いており、また両方のモニターのチャンネル選択が可能であったことから、患者Bの心電図は患者Aが使用していた送信機１を使用してセントラルモニターD（３人用）で表示し、患者Aの心電図は送信機２を使用してセントラルモニターC（８人用）で表示することとした。この時、看護師はセントラルモニターCに受信するためのチャンネルを１から２に変更するのを忘れた。その２日後、セントラルモニターC（８人用）に表示された患者Aの心電図波形（実際には患者Bの心電図波形）から、患者Aに一時ペーシングを行った。終了後、患者Aに使用した送信機２を別の患者に使おうとしたところ、セントラルモニターC（８人用）に既に波形が表示されており、その波形がセントラルモニターD（３人用）に表示された患者Bのものと同じであった。セントラルモニターC（８人用）のチャンネルを確認すると、送信機１に設定されており、患者Bの心電図波形が両方のモニターに表示されていたことがわかった。
44	障害なし	その他	外来で医師は患者Aのカルテを見て患者受付番号で患者Aを診察室に呼びいれた。医師は患者Aをフルネームで確認したところ患者は「はい」と答えたため、患者Aとして診察を終了したが、その患者はBであった。患者受付番号で患者Bを呼び出したところ、同じ患者が入ってきた為間違いに気付いた。
45	障害なし	その他	救急外来で休日外来注射の際、看護師は患者Aの名前をフルネームで呼んだところ患者Bが返事をして診察室に入ってきた。医師も、注射を実施した看護師も患者間違いに気付かず注射を実施した。
46	障害の可能性なし	その他	生検のため、患者Aの苗字を呼んだところ、当該疾患外来を初めて受診した患者Bが「はい」と返事をした。医師Cは患者Bに名乗ってもらわず診察室に誘導し、医師Dも患者Bに名乗ってもらわず生検の説明をし、同意を得た。生検後、看護師が基本カードを渡すため患者の氏名の確認をし、間違いに気付いた。

No.	事故の程度	段階	事故の内容
【検査　１０件】			
47	障害の可能性（低い）	指示段階	患者Ａの出生時、担当医はオーダリング入力により「○○シンセイジ」で検索し、新生児と同姓同名の誤った患者（男性）で臍帯血検査を行った。後日、患者の母が母子手帳に貼付された検査結果の患者名と性別、ＩＤ、生年月日を見て誤りに気付いた。
48	障害の可能性なし	準備段階	血液型検査でＡ型Ｒｈ＋であったが今回はＢ型Ｒｈ＋と異なる結果であったため、確認したところ、検体は患者Ｘで検体ラベルは患者Ｙのものであることがわかった。医師が患者Ｙのオーダリング画面を開いたまま患者Ｘの検査を依頼した。
49	障害なし	準備段階	血液培養検査において、検体受付時に名前の確認が不十分であった為、ワークシートと違う番号がついていた。同定検査を実施しようとした時、名前間違いが判明した。
50	障害なし	準備段階	患者Ａと患者Ｂの細胞診検査を依頼され、結果を報告した。手術予定の担当医から、患者Ａの細胞診の標本を病理部の病理医に再検してほしいという連絡があった。病理部の細胞検査士が標本を確認したところ、患者Ａの標本と患者Ｂの標本を取り違えてラベルを貼った間違いに気付いた。すぐに病理医に両者の確認をし、その結果、患者Ａと患者Ｂの細胞診の結果を反対に報告してしまったことがわかった。直ちに病理医が担当医に連絡し、訂正した報告書を送付した。
51	障害の可能性（低い）	実施段階	患者Ａと患者Ｂの２人を外来に連れて行った。患者Ａはレントゲン（胸部）撮影の指示が出ていた。外来に行ったついでにレントゲン室に寄り、患者Ｂのレントゲン撮影をしてしまった。病棟に戻ってホワイトボードを見て、間違いに気付き、本来指示が出ていた患者Ａのレントゲンを撮り直した。
52	障害の可能性（低い）	実施段階	点滴ラインを挿入する患者を受け持っていた日勤看護師が、遅出看護師へ点滴ライン挿入依頼した。この時もう１名点滴ライン挿入介助をして欲しい患者がいる事を伝えると、遅出看護師より「名前を書いておいて」と言われたため、挿入部品と一緒に「○号室患者Ａ、○号室患者Ｂ」と書いたメモをトレーに入れ処置台に準備した。遅出看護師は当直医が来棟した為メモに書かれた患者Ｂに点滴ライン挿入してもらいへパロックした。この時患者Ｂへ「点滴をすることになっていますね」と尋ねたところ、患者は「はい」と答え左腕を出した。点滴ライン挿入３０分後、患者Ｂの主治医が訪室した際、患者より「何故点滴をやるのか」と聞かれ、点滴施行予定ではない患者Ｂへライン挿入したことに気付いた。
53	障害の可能性（低い）	実施段階	看護師は検査予定患者一覧を見たが、スピッツと患者を確認せず患者Ａの分を患者Ｂと思い込んで採血した。Ａ患者の採血データが今までの値とあまりに違うため医師が間違いに気付いた。
54	障害の可能性（低い）	実施段階	外来患者Ａの検体を他の患者の検体と共に自動分注器用ラックにセットし、分注したところ、患者Ａの検体にフィブリンの析出を検知し、器械は操作を停止した。そのため手作業で患者Ａの検体の血清を小分けした際、誤って同一ラックにセットされている患者Ｂの検体を患者Ａの検体に小分けした。その結果、誤った結果が報告され、治療が実施された。再来時の検査結果が前回の結果とかけ離れた値であったことから検体の取り違いが判明した。
55	障害なし	実施段階	救急救命センターのポータブルのレントゲンのオーダーを確認後、伝票出力し、撮影に行った。患者Ａを撮影する予定が同じセンターにいた同姓異名患者Ｂを撮影した。患者Ｂのリストバンドをｐｄａで読み込んだが、レントゲンのオーダーはＲＩＳ上外来表示となり他の技師がポータブル担当者の知らない間に未実施項目に入れていた。
56	障害なし	観察・管理段階	ホルター心電図解析作業で、解析データ取り違えが起きた。患者Ａと書かれた表紙に患者Ｂの解析データを挟み込み製本した。判読医も気付かず、主治医は患者Ｂの判読結果を患者Ａに説明した。約半年後、臨床検査技師の指摘で取り違えがわかった。

No.	事故の程度	段階	事故の内容
【栄養　1件】			
57	障害なし	準備段階	日勤看護師は母乳パックから患者Aの経管栄養をシリンジに指示票を見ながら作成をした。シリンジに名前を記入する際、同室の患者Bの名前を記入した。記入の際、指示票は見なかった。準夜看護師は準備されていた患者Bの名前のシリンジを患者Bに経管投与した。この際シリンジに記載してあった氏名とベッドネームは確認したが指示票は見なかった。深夜看護師が経管栄養の準備をする際に、患者Bのシリンジの内容量が指示量より多いことに気付き、シリンジを作成した看護師に確認をし、間違いに気付いた。
【その他　2件】			
58	障害なし	実施段階	患者Aに退院時に請求書、退院証明書、書類があった。請求書等を確認をし、ベッドサイドでは、患者と妻に氏名を確認しながら手渡したが、文書の氏名を指差し呼称せずに渡した。後日、役所の福祉課より病棟に電話があり、「患者Aの身体障害診断書ではなく、患者Bの名前で書類が提出されている」との連絡があり、書類を誤って渡してしまったことがわかった。患者Aは身体障害者の申請を必要とする治療はしていなかった。役所の福祉課へ他者の書類を間違って渡してしまったことを伝え、封を閉じてもらい、直接受け取りに行った。また患者A、患者Bへ間違いを謝罪した。
59	障害なし	その他	患者の同意書をスキャナで取り込む際に氏名・番号を見落として取り込んだ。

図表Ⅲ-2-19　患者取り違えに関連した医療事故の発生状況

	指示出し	指示受け・申し送り	準備	実施	実施後の観察及び管理	その他	合　計
	平成18年10月1日～平成21年3月31日	平成18年10月1日～平成21年3月31日	平成18年10月1日～平成21年3月31日	平成18年10月1日～平成21年3月31日	平成18年10月1日～平成21年3月31日	平成18年10月1日～平成21年3月31日	平成18年10月1日～平成21年3月31日
薬剤	2	0	2	21	0	1	26
輸血	0	1	6	3	0	0	10
手術	1	0	0	2	0	0	3
治療・処置	0	0	0	3	1	3	7
検査	1	0	3	5	1	0	10
栄養	0	0	1	0	0	0	1
療養上の世話	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	1	0	1	2
合　計	4	1	12	35	2	5	59

図表Ⅲ-2-20　ヒヤリ・ハット　患者取り違えの発生状況

	指示出し	指示受け・申し送り	準備	実施	実施後の観察及び管理	不明	その他	合　計
薬剤※	3	0	82	28	0	0	49	162
輸血	2	0	3	1	0	0	0	6
手術	5	5	19	5	1	0	0	35
治療・処置	18	7	44	97	6	2	3	177
検査	26	13	83	123	31	2	4	282
栄養	5	0	6	43	0	0	0	54
療養上の世話	0	0	0	4	0	0	1	5
その他	1	0	4	9	0	0	1	15
合　計	60	25	241	310	38	4	58	736

※薬剤については第１７回報告書薬剤に関連した医療事故９２頁図表Ⅲ-２-３および第１６回報告書７６頁図表Ⅲ-２-３の「対象者間違い」を再掲した。

【７】手術・処置部位の間違いに関連した医療事故

第１８回報告書において個別テーマとした手術・処置部位の間違いに関連した医療事故について、平成１６年１０月から平成２１年６月３０日まで７０件の報告があった。本報告書の「手術・処置部位の間違い」の「処置」は事故の概要のコードにおいて、「治療・処置」を選択したもの、及び「その他」を選択したものの中からその内容が手術・処置部位の間違いに関連したものとした。また「部位の間違い」は（１）左右間違い、（２）左右間違い以外の部位の間違い（以下「その他の部位間違い」とする）と分類し、その内訳を図表Ⅲ-２-２１に示す。

このうち平成１６年１０月から平成１８年９月３０日までに報告された事例については、第５回報告書から第７回報告書において個別テーマとして取り上げた。

年報における手術・処置部位の間違いに関連した医療事故の分析対象期間（以下「部位間違い分析対象期間」とする）は平成１８年１０月１日から平成２１年６月３０日までとした。報告された手術・処置部位の間違いに関連した医療事故５１件の分析を行なった（図表Ⅲ-２-２２）。

部位間違い分析対象期間に報告された手術・処置部位の間違いに関連した医療事故の概要のうち左右間違いを図表Ⅲ-２-２３に、その他の部位間違いを図表Ⅲ-２-２４に示す。

（１）手術・処置における左右間違いに関連した医療事故の現状

①　左右間違いの発生状況

部位間違い分析対象期間に報告された手術・処置における左右間違いは１７件であった。その発生状況として医療従事者の業務の段階を縦軸に、「手術」、「処置」を横軸として整理した（図表Ⅲ-２-２５）。手術における左右間違いのうち、準備段階での間違いが５件と最も多かった。処置における左右間違いも同様に、準備段階での間違いが３件と最も多かった。

②　左右間違いの部位

部位間違い分析対象期間に報告された１７件において、左右間違いの部位を「頭部」、「眼」、「胸部（乳房は除く）」、「乳房」、「四肢」、「その他」とし、図表Ⅲ-２-２６に示す。

手術において件数が多い部位は頭部が６件、次に眼が４件であった。処置において件数が多い部位は乳房が３件であった。また、左右間違いを医療従事者の業務の段階「指示出し」、「指示受け・申し送り」、「準備段階」、「実施段階」「実施後の観察及び管理」を縦軸に、左右間違いが発生した手術・処置の部位を横軸とし整理した（図表Ⅲ-２-２７）。

③　左右間違いが発生した背景・要因

左右間違いの事例の中で、報告件数の上位３つは頭部の手術、眼の手術、乳房の処置であった。部位間違い分析対象期間に報告された１７件のうち、この３つの部位について左右間違いが発生した主な背景・要因を分析した。

ｉ 頭部の手術

頭部の手術は６件であり、うち３件が緊急手術であった。背景・要因として多かったのは、思い込みや確認不足であった。手術部位のマーキング、剃髪、消毒といった術前から手術までの行為を

医師１人で行なった。などがあった。一般に頭蓋内出血など緊急手術の場面において、タイムプレッシャーのもと準備を進める医療従事者は、前の工程は正しいものと認識して次の工程の行動を起こすことが多い。従って、前の工程で起きた左右の間違いは、次の工程に移る時には「正しい情報」として引継がれ、手術部位間違いにつながり易くなる。このようなことが背景・要因として考えられた。

ⅱ眼の手術

眼の手術の左右間違いに関するものは４件であり、うち２件は術眼の間違いであり、２件は眼内レンズの左右間違いであった。術眼の間違いの背景･要因はマーキングをしなかった、あるいはマーキングが見えなかった、などマーキングルールがあったにも拘わらず機能しなかったことであった。また、術眼と反対側の眼も手術適応となる病変があったため、執刀直前の所見でその日の手術予定の術眼の間違いに気付くことが出来なかった、などがあった。

ⅲ乳房の処置

乳房の処置の左右間違いに関するものは３件であり、すべてが放射線療法における間違いであった。うち２件は指示段階での左右間違いで、その背景・要因は、放射線治療計画から実施までの工程が細分化され、データ上での確認のみしか行なえず、初期エラーの把握が困難な状況であった、などであった。また、左右を間違えたまま複数回照射を行なった事例では、治療の経過の中で部位確認するルールがなかった、などの要因があった。

④　左右間違い発生後の医療機関の取り組み

左右間違いを再び起こさないために、医療機関の中には「術者、麻酔医、外回り看護師によりタイムアウトを実施する」といった、その手術に関わる医師や看護師など複数の医療従事者が作業の手（流れ）を一旦止めて、改めて患者氏名、術式、手術部位などを確認をする工夫をしているところもあった。また、手術の部位を「『ひだり』･『みぎ』と記載した名札状のラベルを手術当日患者の病衣の胸の部分に付ける」ことや、「右・左では表記が似ているのでひらがなでの表記や図示による表記を行なう」といった手術部位の明示の工夫をしているところもあった。

（２）手術・処置におけるその他の部位間違いに関連した医療事故の現状

①　その他の部位間違いの発生状況

部位間違い分析対象期間に報告された手術・処置におけるその他の部位間違いは３４件であった。医療従事者の業務の段階を縦軸に、その発生状況を「手術」、「処置」を横軸として整理した。手術、処置とも実施段階の間違いがそれぞれ２１件、８件と多かった（図表Ⅲ-２-２８）。

②　その他の部位間違いの部位

部位間違い分析対象期間に報告された３４件において、その他の部位間違いの部位を「頭部」、「歯」、「頚部」、「背部（脊椎は除く）」、「脊椎」、「腹部」、「四肢」とし、図表Ⅲ-２-２９に示す。また、医療従事者の業務の段階「指示出し」、「指示受け・申し送り」、「準備段階」、「実施段階」「実施後の観察及び管理」を縦軸に、間違いの部位を横軸とし整理した（図表Ⅲ-２-３０）。脊椎、歯の実施

段階の間違いがそれぞれ１７件、６件、と多かった。

③　その他の部位間違いの内容

部位間違い分析対象期間に報告された３４件において、その間違いの内容を「脊椎のレベル」、「歯の識別」、「複数ある病変」、「近傍の臓器など」とし、図表Ⅲ-２-３１に示す。また、部位間違いを医療従事者の業務の段階「指示出し」、「指示受け・申し送り」、「準備段階」、「実施段階」「実施後の観察及び管理」を縦軸に、その他の部位間違いの内容を横軸とし整理した（図表Ⅲ-２-３２）。脊椎のレベル、歯の識別の実施段階の間違いがそれぞれ１７件、６件と多かった。

④　その他の部位間違いが発生した背景・要因

部位間違い分析対象期間に報告された３４件において、報告件数の上位２つは、脊椎のレベルの間違い１９件、歯の識別の間違い７件であった。そこで、この２つについて部位間違いが発生した主な背景・要因を分析した。

ⅰ脊椎のレベルの間違い

脊椎のレベルの間違いでは、実施段階が１７件と最も多かった。その背景・要因は、脊椎間が狭く誤解した、棘突起の全体像がわかりにくかったなど、患者の加齢や疾患などにより骨が変形した場合や靭帯が骨化している場合などによるものが多かった。

ⅱ歯の識別の間違い

歯の識別の間違い７件すべて、抜歯すべき歯の誤認であった。その背景・要因は、過剰埋状歯の存在や、歯牙萌出遅延や欠損歯のため誤解したなどであった。

⑤　その他の部位間違い発生後の医療機関の取り組み

ⅰ脊椎のレベルの間違いに対する取り組み

手術の際、体表にマーキングをした場合、開創した際に目印と位置がずれることがある。そのため脊椎の手術では、軟部組織のピオクタニン染色部位に鉗子などを置き手術中にＸ線撮影で位置を確認する、複数の医師で実施時に部位を確認する、という取り組みがあった。

ⅱ歯の識別の間違いに対する取り組み

歯の処置の確認の精度を上げるために、年齢などで判断せず、Ｘ線などの画像所見と実際の患者の歯数や部位などを照らし合わせる、という取り組みがあった。また歯科医師の経験を考慮し抜歯事例の難易度評価を行ない、事例により実施する医師を決める、という取り組みもあった。

（3）手術・処置部位の間違いに関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第２９回及び第３０回ヒヤリ・ハット収集事業（事例発生期間：平成２０年７月１日から平成２０年１２月３１日まで）において、記述情報のテーマ「患者取り違え、手術・処置部位の間違い」に関連した事例の中から、手術・処置部位の間違いに関連した事例について「左右間違い」、「その他の部位間違い」と分類し、分析を行った。

①　左右間違い

左右間違いに関連した事例の発生状況について、医療従事者の業務の段階「指示出し」、「指示受け・申し送り」、「準備段階」、「実施段階」「実施後の観察及び管理」を縦軸に、左右間違えの部位「頭部」、「眼」、「胸部（乳房を除く）」、「乳房」、「四肢」、「不明」、「その他」を横軸とし整理した（図表Ⅲ-２-３３）。

②　その他の部位間違い

その他の部位間違いに関連した事例の発生状況について、医療従事者の業務の段階「指示出し」、「指示受け・申し送り」、「準備段階」、「実施段階」「実施後の観察及び管理」を縦軸に、部位間違いの部位「頭部」、「歯」、「頚部」、「背部（脊椎は除く）」、「脊椎」、「腹部」、「不明」を横軸とし整理した（図表Ⅲ-２-３４）。

また、医療従事者の業務段階「指示出し」、「指示受け・申し送り」、「準備段階」、「実施段階」「実施後の観察及び管理」を縦軸に、部位間違いの内容「脊椎・椎体の位置」、「歯列の位置」、「複数ある病変」、「近傍の臓器など」を横軸とし整理した（図表Ⅲ-２-３５）。

（4）手術・処置以外の部位の間違いに関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第２９回及び第３０回（事例発生期間：平成２０年７月１日から平成２０年１２月３１日まで）ヒヤリ・ハット収集事業において、報告された手術・処置以外の「左右間違い」、「部位間違い」を参考として掲載する。

①　左右間違い

報告事例１５件すべてが検査に関連する事例であった。

②　その他の部位間違い

報告事例３２件のうち３１件が検査に関連した事例であった（図表Ⅲ-２-３６）。検査に関連した単純Ｘ線撮影やＣＴ、ＭＲＩなどの放射線検査２５件、病理検査３件、内視鏡検査１件、その他２件であった。その他、酸素チューブの接続間違いが１件報告された。

図表Ⅲ-２-２１　手術・処置部位の間違いに関連した医療事故の年次別報告件数

	平成 16 年 10 月～ 12 月 31 日	平成 17 年 1 月 1 日～ 12 月 31 日	平成 18 年 1 月 1 日～ 12 月 31 日	平成 19 年 1 月 1 日～ 12 月 31 日	平成 20 年 1 月 1 日～ 12 月 31 日	平成 21 年 1 月 1 日～ 6 月 30 日	合計
	件数	件数	件数	件数	件数	件数	
左右間違い	0	3	10	6	8	0	27
部位間違い	0	3	7	17	8	8	43
合計	0	6	17	23	16	8	70

図表Ⅲ-２-２２　手術・処置部位の間違いに関連した医療事故の報告件数

	前回分析対象期間の報告件数	本報告書分析対象期間の報告件数	合計
	平成 16 年 10 月 ～ 平成 18 年 9 月 30 日	平成 18 年 10 月 1 日～ 平成 21 年 6 月 30 日	
左右間違い	10	17	27
部位間違い	9	34	43
合計	19	51	70

図表Ⅲ-2-23　左右間違いに関連した医療事故の概要

No.	事故の程度	段階	事故の内容
【頭部】			
1	障害の可能性なし	準備段階	左側慢性硬膜下血腫にて緊急入院し、症状出現のため、同日緊急手術を実施した。右側頭部を除毛、皮下に局所麻酔の後、皮膚切開・頭蓋骨を穿頭し硬膜を切開しようとした時に患部の間違い（左側頭部）であることに気付いた。その後、左側慢性硬膜下血腫の再手術をした。
2	障害の可能性なし	準備段階	患者は右急性硬膜下血腫にて当院紹介入院となった。その後、慢性硬膜下血腫に変化し、手術となった。手術室へ入室し手術部位のマーキング、剃髪、局所麻酔を施行した。術中問題なく手術終了し、皮下縫合中に左右間違いがわかった。
3	障害なし	実施段階	手術の際、主治医は３ＤＣＴＡ（3次元血管撮影）の画像に表示された左右表示をもとに左側を開頭した。開頭後、別の医師が手術側ではない左が開頭されていることに気付いた。主治医は画像の左右を見誤った。
4	不明	準備段階	患者の意識レベルは深昏睡で、瞳孔不同（右＞左）認めた。頭部単純ＣＴ撮影、くも膜下出血と左前頭葉脳内出血を認め、脳ヘルニアの状態であった。緊急で減圧と脳ヘルニアの解除を目的とした手術を行なう方針となった。手術室に搬入し、医師Ａは右側の部分剃毛を行ない、頭部を頭部固定器に固定した。開頭を行ない、硬膜を切開すると脳が膨隆、エコーで確認すると、脳内血腫が疑われ、血腫除去を開始した。少量の血腫を除去した段階で医師Ｂが術前所見と術中所見の差異から左右の間違いに気付いた。手術は右側を仮閉創し、左側の減圧開頭を行なった。
5	不明	実施段階	朝から、意識障害と右同名半盲が出現。ＣＴにて左大脳半球に脳出血を認め、翌日のＣＴで脳出血の増大を認め、3時には昏睡状態となったため、緊急開頭血腫除去手術を行なうことになった。6時に手術開始した。頭皮を切開し、２ヶ所に穿頭を行なったところで誤って右側の開頭を行なっていることに気付いた。ただちに右側の切開創を縫合し、適切な左側の開頭手術を行なった。
6	障害の可能性（低い）	不明	左側脳室下角の孤立性水頭症に対して、右側を開頭した。

注）医療事故事例の背景・要因および改善策については第１８回報告書１２８頁図表Ⅲ-2-１８参照。

No.	事故の程度	段階	事故の内容
【眼】			
7	障害の可能性（低い）	指示段階	両眼の疾患の患児は外来診察の際、左眼の眼圧上昇を認めた。医師Ａは、患児が小児のため診察台を使用し頭側から診察した。その際、眼科カルテに所見を左右反対に記載したことに気付いた。そのため「ＯＳ・ＯＤ」と追加記載をした。眼圧は左右を間違えて記入したままであった。医師Ａの診察後、上級医である医師Ｂが診察を行なった結果、左眼の緊急手術を予定し、付き添いの家族に伝えた。手術室の申し込みの際、医師Ａは、誤って術眼を「右眼」と記入した。病棟での術前点眼指示も右眼で指示した。 病棟で、看護師Ｃが術前処置の点眼を行なうため、「右眼ですね」と確認した時、家族に術眼の間違いを指摘された。看護師Ｃは、医師Ａに確認をし、医師Ａの入力ミスがわかり、病棟の術前点眼は「左眼」と訂正された。しかし、医師Ａは、手術申し込みも間違えたことには気付かなかったため、手術室へは連絡はしなかった。看護師Ｃも師長やチームの看護師に術眼の指示間違いがあったことを伝えなかった。 手術室入室後、看護師Ｄは、ラウンドの眼科医師Ｅに術眼の確認を依頼した。医師Ｅは電子カルテ記載の所見と眼圧を確認したところ、右眼の眼圧が高かったため、申し込み通り術眼が右眼であると判断した。看護師Ｄは、医師Ｅの確認後、左目にアイパッチを貼付した。 術者である医師Ｂは、右眼の散瞳がされていないことに気付いたが、小児の場合、十分に散瞳されないことがあるため、病棟へは点眼実施の確認を行なわなかった。手術用顕微鏡下で右眼を見たところ角膜は透明化されていたが、全身麻酔による眼圧低下の影響と考えた。硝子体の癒着も存在したためそのまま右眼の手術を行なった。手術後の手術室看護師Ｆから病棟看護師Ｇへの申し送りは、「予定通り手術が終了した」ことであった。看護師Ｇは担当看護師でなかったため、左右の間違いには気付かなかった。帰室後、医師Ａは一度、患児を診に行ったが左右の違いに気付かなかった。約２時間後、家族に指摘を受け左右の取り違えがあったことに気付いた。
8	障害の可能性（低い）	指示段階	医師Ａが使用レンズを検査票に記入した際に左右を間違えた。右白内障手術時に眼内レンズを挿入したが、左眼の眼内レンズを右眼に挿入した。
9	不明	不明	眼内レンズの左右の記載ミスがあった。視力不変眼軸の左右差が大きく術直後に確認して間違えに気付いた。直後に眼内レンズを交換した。
10	不明	準備段階	病棟出棟時、看護師がリストバンドと口頭で患者名を確認したのち手術室へ入室した。入室後、外回り医師が口頭及びリストバンドで患者名を確認し、マジックによる左こめかみ付近のマーキング及び口頭で術眼（左眼）を確認した。手洗い医師Ａが術眼（左眼）周囲を消毒後、右眼が術野として露出されるように覆布を被せた。手術の助手の医師Ｂは覆布から露出した右眼に睫毛（通常、術眼側の睫毛は前日に切除している）が残っているのを発見し、切除を忘れたものと思いその場で切除した。執刀医は、右眼の手術の準備が行なわれた後に手術室に入室し、右眼の手術と思い込み右眼の手術が開始された。右眼の手術終了後、病棟看護師と手術部看護師が「手術患者看護記録」に基づいて申し送りを行なった。術式欄に「左」と記載されており、ガーゼで覆われているのは右眼であったが、その間違いに気付かなかった。病棟帰室後、手術に入っていなかった病棟主治医が術眼（右眼）のガーゼを除去し、透明眼帯を装着したが、この時点でも手術部位の間違いに気付かなかった。翌朝、医師Ａが診察時に患者家族から被手術眼の確認の申し出があり、その時点で左右の取り違えに気付いた。

No.	事故の程度	段階	事故の内容
【胸部】			
11	障害の可能性なし	準備段階	背中側に限局した胸水を抜くため､背部から胸腔穿刺を実施した｡医師２人で処置の準備を始め､患者を処置室に招き入れた。処置台に横になっていただく際、すでに左右を間違え患側を下に向けた。医師は事前にＣＴで部位を確認しており、穿刺位置を決めていた。穿刺直前の診察時に健側の呼吸音、打診、超音波を施行し確認を行ない、位置決めの根拠になる確証は得られなかったが、背部に限局した胸水であったためうまく捕らえられないと思い込み、そのまま健側を穿刺した。胸水は引けず、処置を断念した。その後患者のＸ線写真を撮ったところ、患部を間違えて穿刺したこと、さらに健側に気胸を発症させてしまったことが判明した。
【乳房】			
12	障害の可能性なし	指示段階	放射線治療初回の患者で、右乳癌術後の胸壁及び領域リンパ節に対して照射する予定であったが、左側の胸壁及びリンパ節に照射した。照射後のカルテ照合により発見された。
13	障害の可能性（低い）	指示段階	患者は他院より右乳癌の術後照射目的で紹介され放射線科外来受診した。患者はＣＴシミュレーションの予定だったが遅れて来院したため、照射部のマーキングをしないままシミュレーションを行なった。その後医師がカルテでの部位確認を怠り治療計画書を左の照射で作成し、ライナックグラフィーも治療計画書で確認し、左で施行した。 その後、放射線治療開始となり、左乳房に２５回総線量：５０Gy し終了した紹介元の病院を受診し、医師より照射部位間違いを指摘された。
14	障害の可能性（低い）	準備段階	左術後乳癌に対し、左乳房・胸壁部に対する術後放射線治療が外来主治医により指示された。放射線治療計画システム上のデータと臨床情報を対比し、左乳房・胸壁部に対する放射線治療計画設定を行なうべきであったが、体輪郭データ上の指標データ入力に気を取られ、右側乳房・胸壁部に治療計画設定を行なった。結果として反対側の乳房に放射線治療が開始され、４回照射された時点で外来主治医により照射部位の誤りが指摘された。
【四肢】			
15	不明	準備段階	両変形性膝関節症の患者に対し、痛みの強い左膝に対して左関節鏡視下半月板切除術を予定した。手術前日に左膝の手術を行なうことを説明したが、マーキングをしなかった。手術室に入室後、看護師、麻酔医、執刀医は患者と共に左膝の手術を行なうことを確認したが、改めてマーキングを行なうことはしなかった。さらに、執刀医は手術室に於いて、手術部位のＸ線画像をコンピュータ画面で確認（コンピュータの関係上、左右両側とも掲示される）した。麻酔医は麻酔をかける際に「左ですね」と確認した。麻酔がかかった段階で手術部位の理学的所見（関節可動域や関節の安定性など）をとった。その後､駆血帯を右大腿部に巻きブラッシング､消毒､覆布をかけて術野を確保した。駆血帯を右足巻き、消毒を右足に行なっていることに、誰も気付かず覆布をかけ手術を開始した。手術開始３０分後に気付いた。右膝も手術適応であったため、右膝の断裂部分の切除を行なった。その後消毒をし直し、予定していた左膝の断裂部分の切除手術を行なった。
【その他】			
16	障害の可能性（低い）	準備段階	患者は舌悪性腫瘍手術後、放射線照射による治療目的で入院した。放射線科医師は放射線治療の際、照射機器コンピューターを切除部分である舌左側とは反対側の右側奥周辺に誤って設定し、放射線照射を開始した。約１週間後、患者から「耳鼻科の先生から説明されていたところと反対側に口内炎が出来た」という訴えがあった。担当していた放射線科医師の都合で、いつもと別の放射線科医師が当日は担当していたため、放射線治療計画書及び入院診療録と放射線照射機器の設定を確認したところ、「舌左側奥周辺」を照射範囲と設定すべきところ、「舌右側奥周辺」を照射範囲に設定していたことに気付いた。直ちに正しい照射範囲での放射線治療を開始した。

No.	事故の程度	段階	事故の内容
17	障害の可能性（低い）	実施段階	患者は背部腫瘍の手術目的で入院した。術前の病棟での手術部位確認は、回診した医師と看護師が行なったがマーキングはされなかった。手術室入室時・麻酔導入前の確認もなく、麻酔導入後腹臥位にした時点で、腫瘤部位が触知出来ず不明となり、ＭＲＩ画像確認、エコーで検索などを行なった結果、「左」と判断し手術を開始した。術中もＭＲＩ画像を確認しながら剥離切除を行なった。帰室後、患者の「右側にまだしこりが残っている」という訴えから、左右間違いがわかった。

図表Ⅲ-2-24　その他の部位間違いに関連した医療事故の概要注)

No.	事故の程度	段階	事故の内容
【脊椎のレベル】			
1	障害の可能性（低い）	準備段階	患者に、第１０・１１胸椎の椎弓切除を実施予定であったが、第９・１０胸椎の椎弓切除を行なってしまった。すぐに家族に説明し、追加手術を施行した。
2	障害の可能性なし	準備段階	頸髄椎弓拡大術の際、Ｘ線にて高位を決定するが、撮影が不明瞭であったが、そのまま高位を決定し手術をした。術後のＸ線で１椎体ずつ下位にずれていることが判明した。ＭＲＩ所見上脊髄への圧迫は解除不十分であったため、再手術を行なった。
3	障害の可能性（低い）	実施段階	椎弓形成術（頸椎Ｃ３～７）施行予定であったがＣ５～Ｔ２の椎弓形成を実施した。手術終了時Ｘ線撮影にて手術部位の間違いに気付いた。直ちに家族に説明し、手術の追加を実施した。
4	障害の可能性（低い）	実施段階	頚椎の後方除圧手術で除圧範囲を誤認して、除圧範囲が１椎間頭側に変位した。具体的には第５頚椎から第７頚椎の除圧予定であったが、実施したのは第４頚椎から第６頚椎となった。術後Ｘ線写真で誤認が判明した。
5	不明	実施段階	Ｌ３／４腰椎部分椎弓切除術実施時、手術室においてＸ線でＬ３／４のレベルを確認したが、撮影時、前傾姿勢で肋骨が第１腰椎にかかっており、Ｌ４／５をＬ３／４と勘違いしたまま手術を実施した。Ｌ４／５にも狭窄の所見があり疑問に思わなかった。閉創前に４点フレーム上腹臥位の姿勢でＸ線撮影したが間違いに気付かず閉創した。手術室退室前、ベッド上仰臥位での術後Ｘ線写真で部位間違いに気付き、Ｌ３／４の椎弓切除術を行なった。
6	障害の可能性なし	実施段階	Ｌ４／５レベルを手術する際に、間違ってＬ３／４レベルを手術した。術前棘突起にマーキングし、Ｘ線撮影をし、Ｌ４を確認した。後方部を展開した後Ｌ４棘突起に絹糸に換えて、マークをしたＫワイヤーは抜去した。棘突起は基部から椎弓を露出した。この時４と５の棘突起をはずしたつもりで手術は進んだ。手術室で術後のＸ線を撮ったが術者一人でチェックしたので気付かず、患者家族に説明する際にレベル違いを認識し、再手術となった。
7	障害の可能性（低い）	実施段階	術前にマーキングを行ない椎弓切除術を行なった。終了時にＸ線画像で確認したところ、実際の予定より高位から手術していたことに気付き再度手術を行なった。
8	障害の可能性（低い）	実施段階	手術開始時に整形医２名でＭＲＩの画像をみて位置確認を行なうところを、急患対応で呼ばれたため、一人で確認を行なった。仙骨の腰椎化があり、Ｌ３／４手術予定であったがＬ２／３切除していることに確認のＸ線画像で気付いた。
9	障害の可能性なし	実施段階	腰部脊柱管狭窄症にて手術の際、伏臥位とした後、棘突起の高位を触診しマジックにてマーキングを施行した。目標棘突起間に１８Ｇの注射針を刺入し、ピオクタニン（色素）を注入し、腰椎側面Ｘ線撮影にて刺入部位確認した。手術終了後、確認のＸ線撮影において腰椎間２／３、３／４、４／５の両側開窓術、棘突起２～４の固定予定が、一つずれて腰椎間１／２、２／３、３／４の両側開窓術と、棘突起１～３を固定していたことが判明した。再度ポジショニングし、再開窓し固定をはずして手術を再開始し、腰椎間４／５の両側開窓術と正しい位置（棘突起２～４）での固定を行なった。

注）医療事故事例の背景・要因および改善策については第１８回報告書１３８頁図表Ⅲ-2-１９参照。

No.	事故の程度	段階	事故の内容
10	障害の可能性（高い）	実施段階	透視下で骨孔の目的となる椎弓根の確認を行なったが、患者は骨粗鬆症が強く、また椎弓根の骨折もあり椎弓根が不明瞭であった。本来横突起基部に骨孔を作成するが、透視下での正面像と小切開での直視で誤って骨棘で骨増殖を起こした椎間関節を横突起基部と思い込んでしまい骨孔を開けて神経損傷をしてしまった。術中の操作は、透視の側面像で行ない、また大量の生理食塩水で椎体内を洗浄しながら行なうために、髄液漏出、硬膜神経損傷にまったく気付かず、セメント注入を行ない硬膜内に漏出させた。術後、左足関節部以下の知覚脱出、底背屈の麻痺を認め、原因はセメント漏出による可能性が高いと説明し、緊急手術を施行した。椎弓の部分切除を行ない硬膜内漏出したセメントを摘出した。
11	障害の可能性なし	実施段階	第５腰椎椎弓切除の予定であったが、第４椎弓の一部と第５腰椎の一部切除にとどまり、当日、再手術となった。
12	障害の可能性なし	実施段階	第４・５腰椎間を開窓する手術予定であったが、第３・４腰椎間を開窓していたことが、術直後のＸ線撮影で判明した。
13	障害の可能性なし	実施段階	Ｌ４／５腰椎後方除圧、椎体間固定術を行なうため、Ｌ４棘突起に１８Ｇ針でマーキングし、単純Ｘ線像で確認した。針はＬ３をかすめてＬ４に刺さっていたため、マーキング針を抜去して絹糸を通す際、誤ってＬ３棘突起レベルにマーキングしてしまった。そのため、Ｌ３／４除圧固定を施行してしまい、抜管前のＸ線撮影にてレベル誤認を確認した。すぐに家族にレベル誤認と､追加手術について説明し了承を得たので､Ｌ４／５レベルの除圧固定を追加した。結果、Ｌ３～５の２椎体間固定術となった。
14	障害の可能性（低い）	実施段階	手術は腹臥位で行なった。皮膚切開をする前に、透視下で確認しながら腰椎穿刺を腰椎４／５棘間に挿入した。その後、色素（インディコブルー）を注入しながら針を抜去した。それを元に皮膚切開の部分を決定し、正中切開にて手術を開始した。棘突起縦割法にて手術を施行し、滞りなく終了した。術翌日の腰椎Ｘ線、ＣＴにて手術部位が腰椎３／４と判明した。その後症状の明らかな悪化は認めなかったが、改善も認めなかったため再手術となった。
15	障害の可能性なし	実施段階	Ｃ３～６の椎弓形成術とＣ４～５の固定術を行なう予定であったが、実際にはＣ４～７の椎弓形成術とＣ５～６の固定術が行なわれた。同日再手術が行なわれ、術後は合併症もなく経過は良好である。
16	障害なし	実施段階	第１２胸椎圧迫骨折に対する後方固定術の閉創を残して、助手の医師Ａは休憩のため術野を降り、医師Ｂに交代した。 腰部脊柱管狭窄症のため、術者（医師Ｃ）が腰椎左側の術野を展開した。その後医師Ａが休憩から戻り、術者（医師Ｃ）が術野を降りた。医師Ａは術野右側の展開を終えて手術を進めたが、Ｌ４／５を開けたつもりがＬ５／Ｓ１が開いていたと思われる。術後Ｘ線画像で実施部位の間違いがわかった。
17	障害の可能性なし	実施段階	Ｃ２～６に対して椎弓形成術手術を施行予定であったが、レベルを間違えＣ３～７に関して椎弓形成術を施行した。そのために再手術し、Ｃ１／２に対して行なった。
18	障害の可能性なし	実施段階	Ｌ４／５の右拡大開窓術を施行した。腰椎小侵襲手術を行なうために円筒形開創器を用いた。術前に透視画像にてＬ４／５であることを確認し手術を開始した。ダイレーターを入れ開創器をセットしたところでもう一度透視位置を確認した。椎間周囲の軟部を剥離し骨削部位をみたところやや尾側であり頭部の骨削がしにくい状況であった。開創器を頭部側に軽度動かした。その際再度Ｌ４／５であることを確認し、開窓除圧し神経がフリーであることを確認し手術を終了した。術直後のＸ線は、予想より開窓範囲が狭いと感じたが、神経の除圧は肉眼で確認したこと、ドレーンの位置がＬ４／５にあるのを確認し終了した。その後、症状が気になり術前透視画像、術中画像を見直すとＬ４／５に開創器はセットされていたが、術後１週間のＸ線は右Ｌ３／４が開窓された可能性があると疑い、ＣＴで確認したところＬ３／４が開窓されていることが判明した。再入院しＬ４／５右を開窓術を行なった。

No.	事故の程度	段階	事故の内容
19	障害の可能性（高い）	実施段階	過去に行なわれた放射線治療（全脳全脊髄照射）の際に、椎体のレベルの読み違えたため（X線上で腰椎が４個しかないバリエーションが疑われる）、脊髄の一部に予定線量の２倍量を投与した結果、神経症状をともなう放射線脊髄炎を来した可能性が濃厚である。
【歯の識別】			
20	障害の可能性（低い）	指示段階	患者はかかりつけ歯科医師からの紹介により当院を受診した。医師Ａが診察を行ない、上下左右に計４本の智歯があり、いずれも抜歯適応と診断し、カルテに記載した。（紹介状には３本の智歯と記載され、実際には３本の智歯しかなかったが、４本あると誤認識した。医師Ａは右側上下智歯の抜歯術を施行した。術後の洗浄や抜糸は、紹介医に依頼し、左側智歯抜歯の日程については、患者からの電話予約により決定することとした。この後、医師Ａの退職により患者の担当は医師Ｂに交代し、引き継ぎが行なわれた。１その後、交代した医師Ｂが、左側下顎智歯抜歯術を施行した。その１ヵ月後、左側上顎智歯抜歯術を施行した。術後、患者の家族から電話にて施術者に、「歯の数があわない。先日抜歯されたのは、本当に親知らずだったのか？」との問い合わせがあった。施術者が初診時のＸ線写真を確認し、この時初めて、初診時から左側上顎智歯が存在していなかったこと、同歯が存在すると思い込み、左側上顎第二大臼歯を誤抜歯したことを認識した。
21	不明	実施段階	左上７番が萌出遅延のため、埋伏していたため８番と誤解し、脱臼後異常に気付き復位固定した。また高校生の年代で、このままでは萌出は困難と考えられたので開窓術を行なった。術中に気付いたので、復位固定で対応したが、今後も歯の失活、生着、萌出の問題がある。
22	障害なし	実施段階	局所麻酔下に左上顎第１小臼歯（２４番）及び第２大臼歯（２７番）の抜歯手術の予定であったが、第２小臼歯（２５番）を第１小臼歯（２４番）と思い込み、第２小臼歯（２５番）と第２大臼歯（２７番）を抜歯した。手術終了直後に患者より、抜くべき歯を抜いていないと指摘され、誤抜歯の説明後に第１小臼歯（２４番）も抜歯した。手術前のインフォームドコンセントでは、抜歯の対象は左上顎第１小臼歯（２４番）、第２小臼歯（２５番）第２大臼歯（２７番）であるが、患者より少しでも歯を残してほしいと要望があった。そこで、検討し今回の手術では第２小臼歯（２５番）は抜歯せず残すことになっていた。
23	障害の可能性（低い）	実施段階	全身麻酔下に上顎正中過剰埋状歯２歯を抜去予定であったが、未萌出の左上顎側切歯をそのうちの１歯と誤認し、誤抜歯した。術中にはそのことを認識出来ず、帰室後に撮影したＸ線によって、過剰埋状歯の残存と左上顎切歯の誤抜歯が判明した。
24	不明	実施段階	近医で歯列不正、歯牙萌出遅延の原因となる過剰埋伏歯の存在を指摘され、当科を受診し、抜歯処置を行ない術後処置については紹介医に依頼し、当科は終診となった。その後、主訴が改善されないこと、側切歯が萌出してこないことに対して患者家族が疑問を抱き、他院を受診した。その際に撮影したＸ線写真にて、誤って側切歯が抜去されていることを指摘された。
25	障害の可能性（高い）	実施段階	左側下顎第二大臼歯を左側下顎埋伏智歯と誤認し抜歯した。

No.	事故の程度	段階	事故の内容
26	障害の可能性（低い）	実施段階	上顎過剰埋伏歯に対し、全身麻酔下で埋没歯抜歯術、上顎左側乳中切歯抜歯術を施行した。手術の目的は、左側乳中切歯１本及び左右の過剰埋伏歯各１本ずつ計３本の歯牙の抜歯であった。乳中切歯の抜歯を施行し、後継永久歯を傷つけないように抜歯窩の掻爬は必要最小限に止めた。続いて左側の過剰埋伏歯の抜歯術に移った。左側乳中切歯の抜歯窩後方で、ＣＴ画像上埋伏歯はあると考えられた位置に骨が薄い部分に認めたため、同部の骨を慎重に削除した。骨削除部位に埋伏歯の歯冠を確認出来たため骨の追加削除を行ない、埋伏歯を抜去した。最後に、右側の過剰埋伏歯の抜歯を施行した。左側と動揺に執刀医２名でＣＴ画像から埋伏歯の位置を予測し、埋伏歯の歯冠に相当すると考えられた骨を削除し、歯冠の一部を明示した。ＣＴで事前に確認し、予測していた歯牙の向きよりも、明示した歯牙の歯冠はやや前方を向いている印象であった。歯冠の３次元的方向にやや違和感を感じつつも、画像上の埋伏歯の位置と合致すると判断しそのまま周囲骨を削除し同歯牙を抜歯した。周囲骨を削除する際には、切削器具で歯牙の最表層をほんの一部切削した。抜歯した歯牙を確認したところ、埋伏歯ではなく未萌出の右側側切歯（後継永久歯）であったため、直ちに抜歯窩へ歯牙を整復した。画像で埋伏歯での位置を再検討して手術を再開した。その結果、抜歯した側切歯の後方で更に鼻腔側より埋伏歯を確認し、同歯牙を抜歯した。
【手術・複数ある病変】			
27	障害の可能性（低い）	指示段階	患者は背中のできものの痛み等の主訴で皮膚科を訪れた。背部を診察した際、下着は付けたままであったが、下着の上方、上背部に皮疹を１ヶ所認めた。「ここですね」と直接触れて確認し、大きさを測定した。炎症所見はなかったが、下着がたまに当たったり、もたれたりすると当たる部位であり、たまに痛くなるであろうと判断した。切除の希望を確認し、親から同意書に署名をもらった後、皮膚腫瘍切除術の指示を出した。診察時、切除時には本人から部位が違うなどの指摘はなかった。夕刻、帰宅後、親が患者の背中を拭こうとした時に切除を希望していた部位と切除を行なった部位が違うことに気付いた。
28	障害なし	実施段階	日帰り手術で頭部瘢痕切除手術のため、手術日の２週間前に患者の診察、術前検査、術前麻酔科診察をした。執刀医が不在であったため、主治医のみが説明し、同意を得た。手術当日、患者は手術室への搬入まで外来で待機していたが、執刀医は多忙であったため術前診察を行なうことが出来ず、また、診察済みと勘違いして術前診察を行なわないまま執刀となった。頭部瘢痕切除手術は行なわれたが、患部が２カ所あり、その旨診療録にも記載がなかったため、部位を間違えて本来の切除部位と異なる部分を切除した。
【手術・近傍の臓器】			
29	障害の可能性（低い）	実施段階	腹腔鏡補助下幽門側胃切除術の術中に固有肝動脈を右胃動脈と誤認し切断した。通常量異常の出血を認めたため、異常に気付き再確認をした結果、誤認が判明した。開腹手術に移行し、胃癌手術終了後に総肝動脈と右肝動脈を吻合し、胆嚢摘出した。
30	障害の可能性（低い）	実施段階	膀胱が確認出来ず誤って腹腔皮膚婁を造設した。
31	障害の可能性（低い）	実施段階	術中、ヘルニア嚢として把持して切開したものが膀胱であることが判明しその場で縫合修復した。
32	障害の可能性なし	実施段階	精索静脈瘤の手術中、静脈と間違えて左精管を切断した。

No.	事故の程度	段階	事故の内容
33	障害の可能性（低い）	準備段階	転移性左副腎腫瘍に対し、事前に作成した放射線治療計画に基づき、翌日から放射線治療を開始したが、初回治療時の照射野設定の際、医師と放射線技師のカンファレンスでも見逃され、照射野中心を誤って計画より６cm 頭側に設定した。結果、治療対象であった左副腎腫瘍の全てが照射野に含まれぬまま治療は継続された。予定外に肺へ１５回照射(総線量３３Gy)された。
34	障害の可能性（高い）	実施段階	頸部エコーで位置を確認し、患者の右頸部より中心静脈カテーテルを挿入した。挿入後、胸部Ｘ線で先端位置を確認し、カテーテルを２cm ほど調整した。ツインパルの輸液開始後、輸液速度を上げようとしたが、速度の上昇が不十分であり、ＣＶＰを測定したところ、３７cm H_2O と高値であった。約２時間後､頸胸部造影ＣＴ施行し､総頸動脈へのカテーテル挿入がわかった。本人に状況説明しカテーテル抜去、頸部を圧迫止血した。その後、頸部の痛みを訴え、右共同偏視、左上肢麻痺が出現した。神経内科コンサルタントし頭部ＣＴ施行したが、この時点では画像上明らかな所見はなかった。翌日、再度、頭部ＣＴ施行し、脳梗塞と診断された。また、ＭＲＩ・ＭＲＡの結果、右頸動脈の血流が途絶えていることが明らかになった。

図表Ⅲ-２-２５　左右間違いの発生段階（医療事故）

業務の段階	手術	処置	合計
指示出し	2	2	4
指示受け・申し送り段階	0	0	0
準備段階	5	3	8
実施段階	3	0	3
実施後の観察及び管理	0	0	0
不明	2	0	2
合　計	12	5	17

図表Ⅲ-２-２６　左右間違いが発生した手術・処置の部位（医療事故）

左右間違いの部位	手術	処置	合計
頭部	6	0	6
眼	4	0	4
胸部	0	1	1
乳房	0	3	3
四肢	1	0	1
その他	1	1	2
合　計	12	5	17

図表Ⅲ-２-２７　業務の段階×左右間違いの部位（医療事故）

業務の段階	頭部	眼	胸部	乳房	四肢	その他	合計
指示出し	0	2	0	2	0	0	4
指示受け・申し送り段階	0	0	0	0	0	0	0
準備段階	3	1	1	1	1	1	8
実施段階	2	0	0	0	0	1	3
実施後の観察及び管理	0	0	0	0	0	0	0
不明	1	1	0	0	0	0	2
合　計	6	4	1	3	1	2	17

図表Ⅲ-２-２８　その他の部位間違いの発生段階（医療事故）

業務の段階	手術	処置	合計
指示出し	1	1	2
指示受け・申し送り段階	0	0	0
準備段階	2	1	3
実施段階	21	8	29
実施後の観察及び管理	0	0	0
不明	0	0	0
合　計	24	10	34

図表Ⅲ-２-２９　その他の部位間違いの部位（医療事故）

部位	手術	処置	合計
頭部	1	0	1
歯	0	7	7
頚部	0	1	1
背部	1	0	1
脊椎	18	1	19
腹部	4	1	5
四肢	0	0	0
合　計	24	10	34

図表Ⅲ-2-30　業務の段階×その他の部位間違いの部位（医療事故）

業務の段階	頭部	歯	頚部	背部	脊椎	腹部	四肢	合計
指示出し	0	1	0	1	0	0	0	2
指示受け・申し送り段階	0	0	0	0	0	0	0	0
準備段階	0	0	0	0	2	1	0	3
実施段階	1	6	1	0	17	4	0	29
実施後の観察及び管理	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0
合　計	1	7	1	1	19	5	0	34

図表Ⅲ-2-31　その他の部位間違いの内容（医療事故）

間違いの内容	手術	処置	合計
脊椎のレベル	18	1	19
歯の識別	0	7	7
複数ある病変	2	0	2
近傍の臓器など	4	2	6
合　計	24	10	34

図表Ⅲ-2-32　業務の段階×その他の部位間違いの内容（医療事故）

業務の段階	脊椎のレベル	歯の識別	複数ある病変	近傍の臓器など	合計
指示出し	0	1	1	0	2
指示受け・申し送り段階	0	0	0	0	0
準備段階	2	0	0	1	3
実施段階	17	6	1	5	29
実施後の観察及び管理	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0
合　計	19	7	2	6	34

図表Ⅲ-2-33　ヒヤリ・ハットの発生状況（左右間違い）第29回、30回

業務の段階	頭部	眼	胸部	乳房	四肢	不明	その他	合計
指示出し	0	8	0	2	12	8	6	36
指示受け・申し送り段階	0	0	0	0	0	0	0	0
準備段階	1	9	0	1	2	0	1	14
実施段階	0	1	1	0	1	0	0	3
実施後の観察及び管理	1	0	0	0	0	0	0	1
不明	0	0	0	0	0	0	2	2
合　計	2	18	1	3	15	8	9	56

図表Ⅲ-2-34　ヒヤリ・ハットの発生部位（その他の部位間違い）第２９回、３０回

業務の段階	頭部	歯	頚部	背部	脊椎	腹部	四肢	不明	その他	合計
指示出し	0	1	0	0	0	0	2	0	0	3
指示受け・申し送り段階	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
準備段階	0	0	0	0	0	1	2	2	1	6
実施段階	1	1	0	0	4	2	0	0	5	13
実施後の観察及び管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合　計	1	2	0	0	4	3	4	2	6	22

図表Ⅲ-2-35　ヒヤリ・ハットの発生内容　（その他の部位間違い）第２９回、３０回

業務の段階	脊椎のレベル	歯の識別	複数ある病変	近傍の臓器など	不明	その他	合計
指示出し	0	1	1	0	1	0	3
指示受け・申し送り段階	0	0	0	0	0	0	0
準備段階	0	0	2	3	0	1	6
実施段階	4	1	3	4	0	1	13
実施後の観察及び管理	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0
合　計	4	2	6	7	1	2	22

図表Ⅲ-2-36　ヒヤリ・ハットの発生状況（手術・処置以外のその他の部位間違い）第２９回、３０回

業務の段階	検査				その他	合計
	放射線検査	内視鏡検査	病理検査	その他		
指示出し	4	0	0	0	0	4
指示受け・申し送り段階	4	0	0	2	0	6
準備段階	0	0	1	0	0	1
実施段階	17	1	2	0	1	21
実施後の観察及び管理	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0
合　計	25	1	3	2	1	32

【8】貯血式自己血輸血に関連した医療事故

（1）発生状況

第１８回報告書において、貯血式自己血輸血に関連した事例うち、自己血採血を予定していた患者に対し、実施しないほうがよい処置を行なったため、結果的に貯血式自己血輸血が実施できなかった事例が平成２１年４月１日～６月３０日において１件報告された。本事業開始から平成２１年３月３１日までに類似の事例は報告されていない。

（2）事例概要

平成２１年４月１日～６月３０日に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

患者は、手術のために入院し、術前検査などの準備をすすめており、手術の１週間前に自己血輸血のため採血を予定していた。また、患者は、昨年より義歯調整などのために当院口腔外科に通院しており、自己血輸血の採血の前日に口腔外科を受診し、抜歯した。主治医は、抜歯の可能性がある事実を把握しておらず、抜歯後の自己血貯血が不可能であることも認識していなかった。このため、翌日の自己血貯血は不可能となり、手術日までに日数がないため自己血貯血が不可能となった。

抜歯を行なった際、自己血貯血が適応とならないことの知識が不足しており、更にそれを確認するシステムも不十分であった。また、口腔外科との連携が不十分であった。

（3）貯血式自己血輸血の適応に関する主な記載

日本赤十字社の「輸血療法の実施に関する指針」（改定版）及び「血液製剤の使用指針」（改定版）[1]によると貯血式自己血輸血の適応とならない患者について次のような記載がある。

『菌血症の可能性がある全身的な細菌感染患者は、自己血の保存中に細菌増殖の危険性もあり、原則的に自己血輸血の適応から除外する。』

厚生省薬務局の「自己血輸血：採血及び保管管理マニュアル」[2]でも、貯血式自己血輸血の適応とならない患者を、『細菌感染患者では菌血症の可能性もあり、採血した血液の保存中に細菌の増殖することも考えられるので、自己血輸血の適応とはならない。』としている。

このマニュアルの改訂案である自己血輸血ガイドライン改訂案作成小委員会の『改訂自己血輸血ガイドライン（案）』[3]には、貯血式自己血輸血の適応とならない細菌感染者について、具体的に次のような記載がある。

『菌血症の可能性がある全身的な細菌感染患者では、自己血の保存中に細菌増殖の危険性もあり、自己血輸血の適応とはならない。また、保菌者を疑わせる下記の患者からは、原則として採血しない。

１）治療を必要とする皮膚疾患・露出した感染創・熱傷のある患者
２）下痢のある患者
３）抜歯後７２時間以内の患者
４）ＩＶＨを施行中の患者
５）抗生剤内服中の患者

６）３週間以内の麻疹・風疹・流行性耳下腺炎の発病者

但し、炎症反応（臨床症状及びＣＲＰ陽性、血沈亢進、ＷＢＣ増加など）が少なく、菌血症を否定出来る慢性的な局所感染症では採血可能なケースがある。』

また、日本自己血輸血学会４）でも、患者向けの資料で貯血式自己血輸血の適応とならない細菌感染者を具体的に明示しており、その内容は次の通りである。

『全身的な細菌感染患者及び感染を疑わせる以下の患者からは、原則として採血しない。

１）治療を必要とする皮膚疾患・露出した感染創熱傷のある患者

２）熱発している患者

３）下痢のある患者

４）抜歯後７２時間以内の患者

５）抗生剤服用中の患者

６）３週間以内の麻疹・風疹・流行性耳下腺炎の発病患者』

American Association for Blood Banks が作成しているガイドライン[5]でも、貯血式自己血輸血の適応でない患者を菌血症の危険がある者としているが、具体的な記載はない。

一方、参照した教科書に類する文献[6]～[9]では、抜歯の絶対的禁忌症又は相対的禁忌症に貯血式自己血輸血に関する記載はなかった。

（４）当該事例が発生した医療機関の改善策について

当該事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

１）自己血輸血が適応とならない状況を列挙し、診療科スタッフに周知する。

２）上級医が、貯血式自己血輸血予定の適応とならない状況を確認するシステムを構築する。

（５）まとめ

報告された事例から、歯科医は患者が抜歯してよい条件にあるかを確認すること、主治医は患者が他科を受診する際に自己血輸血を予定していることを伝えること、を確実に行なう必要性が示唆された。

（６）参考文献

１．日本赤十字社.「輸血療法の実施に関する指針」（改定版）及び「血液製剤の使用指針」（改定版）平成１７年９月（平成１９年１１月一部改正）. 2007：36.

２．厚生労働省薬務局. 自己血輸血：採血及び保管管理マニュアル（平成６年１２月２日）. 1994.

３．日本輸血学会自己血輸血ガイドライン改訂小委員会. 改訂自己血輸血ガイドライン（案）. 自己血輸血, 2001；14：4-19.

４．日本自己血輸血学会. 自己血輸血とは.（online）, available from〈http://www.jsat.jp/jsat_web/jikoketuyuketu_toha/pdf/jikoketuyuketu_toha2.pdf〉（last accessed 2009 － 06 － 19）

５．American Association for Blood Banks. Standards for blood banks and transfusion services 25rd ed. 2007; 22-22.

６．第１３章口腔･顎顔面疾患の手術とその他の治療. 野間弘康, 瀬戸晥一. 標準口腔外科学第３版. 東京：医学書院, 2004；412-413.

7．1 5口腔外科手術法．泉廣次，工藤逸郎．口腔外科学第 4 版．東京：学建書院，2008；332-334.
8．付章Ⅲ　手術各論．栗田賢一．口腔外科の治療と疾患第 2 版．京都：永末書店，2008；412-413.
9．第 5 章　歯と歯周組織の疾患．榎本昭二，岡野博郎，工藤逸郎．最新口腔外科学第 4 版．東京：医歯薬出版，2002；500-504.

【9】全身麻酔におけるレミフェンタニル使用に関連した医療事故

（1）発生状況

第１８回報告書において、レミフェンタニル（製品名：アルチバ静注用２mg、アルチバ静注用５mg）は、超短時間作用性のオピオイド鎮痛剤（麻酔性鎮痛剤）で、鎮痛作用の発現と消失が速やかであることなどを特徴とし、我が国では平成１９年１月に発売が開始された。本事業において、レミフェンタニルの使用に関連した医療事故は、平成１９年１月以降４件報告されている。そのうち１件はレミフェンタニルをワンショットした事例であり、３件は手術終了後、レミフェンタニルが残存した静脈ラインから別の薬剤を投与したことにより意図せずレミフェンタニルを投与し、呼吸抑制をきたした事例であった。この３件のうち１件が平成２１年４月１日～６月３０日に報告された。

（2）事例概要

意図せずレミフェンタニルが投与され呼吸抑制をきたした事例３件の概要を以下に示す。

事例１

全身麻酔を終了するためにレミフェンタニルの投与を中止した。手術終了後、レミフェンタニルの投与に使用していた静脈ラインにヘパリンロックをするために、少量のヘパリン入りの生食でフラッシュしてロックした。帰室１時間後、そのラインよりソルデム３Ａを開始したところ、突然、患者は眼球上転、両上肢肘屈曲位で拘縮し呼吸停止した。挿管後、人工呼吸器による呼吸管理をしていたが、その後、自発呼吸を認めたため抜管した。

事例２

麻酔担当医は、全身麻酔を終了する頃、レミフェンタニルの持続投与を終了し、気管チューブを抜去した。その後、手術室内で、麻酔担当医は輸液ボトルが空になっていることに気付き、新しい輸液ボトルに交換した。患者を回復室へ移動中、麻酔担当医と麻酔責任医が患者の意識消失・呼吸停止に気付いた。直ちに用手的人工呼吸を開始し、患者の意識状態は改善した。輸液ライン内に残存していたレミフェンタニルが輸液ボトルの交換により急速過量投与されたことが原因と考えられた。

事例３

全身麻酔による手術で、抜管直後の患者に、輸液速度の変更に伴って静脈ライン内に残存していたレミフェンタニルが急激に静脈内投与された。その結果、レミフェンタニルの血中濃度が急激に上昇し、一時的に呼吸が停止した。酸素飽和度が７０％程度まで低下したが呼びかけにより患者は自発呼吸を再開した。

（3）事故の発生経過について

本事業において、レミフェンタニルの使用に関連した医療事故として報告のあった意図せずレミフェンタニルを投与した事例３件については、以下のような共通点があった。また、レミフェンタニル投与の状況を図表Ⅲ-２-３７に示す。

１）手術において全身麻酔を行うために静脈ラインからレミフェンタニルを使用していた。
２）手術が終了する頃、レミフェンタニルの投与を終了した。その結果、患者は覚醒している。
３）使用していたラインにレミフェンタニルが残存している状態で、そのラインからの輸液投与が停止した（事例３を除く。事例１の場合、投与を停止しヘパリンロックをしたつもりであった。事例２の場合、同じラインから投与していた輸液が空になったため投与が停止した。）
４）その後、同じラインの投与速度が速められた。
５）４）の結果、ラインに残存しているレミフェンタニルが意図せず患者に投与され、呼吸抑制等の症状が発現した。

図表Ⅲ-２-３７　レミフェンタニル投与の状況

事例	レミフェンタニル投与停止直後のラインの状況	事例の発生場所	レミフェンタニルが投与された原因	症状
事例１	滴下停止	病室	輸液投与	眼球上転、呼吸抑制
事例２	滴下停止	回復室への移動中	輸液交換	意識消失、呼吸停止
事例３	停止せず	手術室	輸液速度の変更	呼吸抑制

これらの事例は、投与に使用していたラインにレミフェンタニルが残存している状況で、そのラインを使用した輸液の投与速度を速める方向での変更を行なったことが原因であると考えられる。

（4）当該事例が発生した医療機関の改善策について

当該事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

１）レミフェンタニル使用中は、輸液投与速度の変化が、レミフェンタニルの血中濃度の変化をきたす可能性を認識する。
２）輸液ボトルが空になった時や輸液の交換時には、輸液の投与速度が変化することを認識し、注意する。
３）レミフェンタニルの投与終了後､以下の確認を行い､レミフェンタニル残存の可能性を排除する。また、確認終了まで麻酔科医の管理下とする。
　ⅰ）レミフェンタニルの投薬ラインをメインルートから切り離し、輸液を滴下して５分以上経過している。
　ⅱ）ⅰ）の確認後、呼吸に異常がなく自発呼吸が確立している。
　ⅲ）ⅱ）の確認後呼吸数を１分間測定する。

（5）レミフェンタニルの用法・用量等に関する情報

今回の事例に関連して、参考までに、レミフェンタニルの情報を提供する。

アルチバの添付文書[1)]によると用法・用量等について次の記載がある。また、米国のＦＤＡ[2)]の薬剤情報提供でも、同様の記載がある。

《アルチバの用法・用量の記載》添付文書　一部抜粋

【用法・用量】

成人では他の全身麻酔剤を必ず併用し、下記用量を用いる。

麻酔導入：通常、レミフェンタニルとして０．５μg／kg／分の速さで持続静脈内投与する。なお、ダブルルーメンチューブの使用、挿管困難等、気管挿管時に強い刺激が予想される場合には、１．０μg／kg／分とすること。また、必要に応じて、持続静脈内投与開始前にレミフェンタニルとして１．０μg／kgを３０～６０秒かけて単回静脈内投与することができる。ただし、気管挿管を本剤の投与開始から１０分以上経過した後に行なう場合には単回静脈内投与の必要はない。

麻酔維持：通常、レミフェンタニルとして０．２５μg／kg／分の速さで持続静脈内投与する。なお、投与速度については、患者の全身状態を観察しながら、２～５分間隔で２５～１００％の範囲で加速又は２５～５０％の範囲で減速できるが、最大でも２．０μg／kg／分を超えないこと。浅麻酔時には、レミフェンタニルとして０．５～１．０μg/kgを２～５分間隔で追加単回静脈内投与することができる。

《用法・用量に関連する使用上の注意》

１）本剤を単独で全身麻酔に使用しないこと。［本剤は鎮静効果が弱いため、意識消失を得るためには他の全身麻酔剤を併用すること。］

２）本剤を単回静脈内投与する場合は、３０秒以上かけて行なうこと。

３）肥満患者（BMI ２５以上）の用量設定は実際の体重よりも標準体重に基づいて行なうことが望ましい。

４）注射液の調製方法

以下省略

《アルチバの適用上の注意の記載》添付文書　一部抜粋

３）投与時
（１）本剤の取扱いは、常に厳重な無菌手技で行なうこと。
（２）使用前に、バイアルのゴム栓をエタノール綿等で清拭して使用すること。
（３）静注用ラインは専用のラインを使用し、静脈穿刺部若しくはその近位に接続すること。なお、本剤を持続静脈内投与する際には、必ずシリンジポンプ等を用いて行なうこと。
（４）血液／血清／血漿と同じ静注用ラインへ本剤を投与しないこと。［血液由来の非特異的エステラーゼにより本剤が加水分解されるおそれがある。］
４）投与後
（１）本剤の投与終了後、本剤を投与したラインを洗浄する際には、本剤の残液が急速静注されるおそれがあるので、十分注意すること。本剤を投与する際に用いた静脈ラインで他の薬剤を投与しないこと。
（２）同一患者に対する一回の手術時の使用で残液がでた場合には、麻薬に関する所定の手続きにしたがって廃棄すること。

（6）まとめ

レミフェンタニルは、超短時間作用性のオピオイド鎮痛剤（麻酔性鎮痛剤）で、鎮痛作用の発現と消失が速やかであることなどが特徴である。この薬剤の使用によりは、静脈ラインに残存している程度の量を速い速度で投与した場合、呼吸抑制等の症状が発現するため、発売後２年半で３件の医療事故が報告されている。対策として、麻酔を管理する医師がアルチバの投与終了後、輸液ライン内にアルチバが残存していないことを確認して患者を退室させること、輸液ライン内のレミフェンタニルを確実に除去するまで人工呼吸等の対応が行える環境下に患者をおくことなどが示唆された。

（7）参考文献

１．アルチバ添付文書，ヤンセンファーマ株式会社，２００７年１月（第１版）．
２．U.S Food and Drug Administration（ＦＤＡ）．Ultiva.（online），available from〈http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2004/20630se-005_ultiva_lbl.pdf〉（last accessed 2009-06-25）．

【10】放射線検査に関連した医療事故

第１９回報告書において、平成２１年１月１日から平成２１年９月３０日の間に報告された医療事故事例のコード情報の中から、事故の概要が「検査」で選択されていた事例及びそれ以外のコードの中から、その報告内容が放射線検査に関連する事例のうち血管カテーテル検査を除外し、今回は主に診療放射線技師に関連した事例１７件について分析を行った。

（1）放射線検査に関連した医療事故の現状

放射線検査に関連した医療事故の概要は図表Ⅲ-２-３８に示す。検査の種類を「Ｘ線検査」、「ＣＴ検査」、「ＭＲＩ検査」、「核医学検査」、「超音波検査」、「不明」、事故の内容を「患者間違い」、「部位間違い」、「検査間違い」、「検査準備」、「造影剤・検査薬」、「撮影条件」、「画像処理」、「機器」、「患者の観察・管理」、「その他」と分類し、併せて発生状況を整理した（図表Ⅲ-２-３９）。

①　Ｘ線検査

Ｘ線検査における事例は、検査終了後、患者が靴を履こうとした際の転倒１件であった。

②　ＣＴ検査

ＣＴ検査における事例は７件であり、すべて造影剤に関連するものであった。そのうち造影剤のアレルギーに関連する事例が４件であり、造影剤の血管外漏出に関連する事例が３件であった。

③　ＭＲＩ検査

ＭＲＩ検査における事例は７件であった。そのうち検査室内への磁性体の持ち込みに関連する事例は４件であった。他に造影剤によりショックを起こした事例１件、衣類の金糸による熱傷の事例１件であった。

④　核医学検査

核医学検査における事例の報告はなかった。

⑤　超音波検査

超音波検査における事例は２件であり、そのうち更衣時の転倒の事例が１件、患者の行方が分からなくなった事例が１件であった。

（2）放射線検査に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

平成２１年に事例が発生した第３１回（１～３月）、第３２回（４～６月）、第３３回（７～９月）、第３４回（１０～１２月）ヒヤリハット事例収集において報告された放射線検査に関連したヒヤリ・ハット事例について、医療事故と同様に、検査の種類を「Ｘ線検査」、「ＣＴ検査」、「ＭＲＩ検査」、「核医学検査」、「超音波検査」、「不明」と分類し、事故の内容と併せて発生状況を分類した（図表Ⅲ-２-４０）。

＜参考＞

平成１９年１月から平成２０年１２月までに発生した放射線検査に関連した医療事故事例の概要を図表Ⅲ-２-４１、発生状況を図表Ⅲ-２-４２に示す。

図表Ⅲ-２-３８　放射線に関連した医療事故の概要注)

No.	事故の程度	分類	事例の内容
【Ｘ線検査】			
1	障害の可能性（低い）	患者の観察・管理	患者は、両膝のＸ線撮影をした。撮影が終了し、放射線技師は、患者家族に撮影室に入ってもらい撮影台から患者に降りてもらった後、操作室に画像処理に行った。患者は、家族と共に靴を履こうとして、バランスを崩し転倒し、左大腿骨転子間骨折を起こした。
【ＣＴ検査】			
2	障害なし	造影剤・検査薬	CT 検査の際、造影剤（オムニパーク）を用いて撮影をした。終了の合図を告げ、患者が起き上がる際に気分不快を訴えた。その後嘔吐、冷汗あり。血圧は１１６/９０（高血圧の為、普段は１６０/１１０台)、脈拍は１４０台。至急、昇圧剤、副腎ステロイド、輸液にて９０分後に症状は消失した。８時間ベッド上安静、経過観察し患者は帰宅した。
3	障害なし	造影剤・検査薬	ＣＴ撮影のため造影剤を使用したところ、意識と血圧の低下があった。
4	障害なし	造影剤・検査薬	造影ＣＴの為、看護師Ａが血管確保を試みたが入らず、術者を看護師Ｂに交替した。看護師Ａも看護師Ｂもこの日初めてＣＴの介助に入っていた。血管確保用の針は技師が準備していたのが翼状針だったので、その後の血管確保は全て翼状針で実施した。看護師Ｂは正中静脈に確保し逆血も良好であった。造影剤の注入を開始しながら血管外への漏れがないか放射線技師と看護師Ｂで確認したが漏れは認められなかった。患者に痛みを感じる様であれば教えるように声をかけ、秒速１mL で造影剤の注入を開始した。途中で２回、痛みの有無を確認したが患者の訴えはなかった。造影剤を注入終了後、直ぐに撮影を開始したが造影がされておらず、造影剤の漏れが生じたことに気付いた。直ぐに、注入部位を確認すると皮下に漏れて上腕が腫脹していた。患者は「痛みは感じなかった。腕の重い感じがした。」とのことであった。
5	障害の可能性なし	造影剤・検査薬	患者はヨードアレルギー（オムニパーク）があったため、造影剤の種類をイオメロンに変更し、さらにソルメドロール１２５mg 静脈内注射後ＣＴ検査を施行した。 検査後、息苦しさが出現し、血圧８０台（触診）となり、酸素投与を開始した。しかしその後も、息苦しさが増強し、冷汗、チアノーゼが出現し、意識混濁状態となった。 すぐに担当医に連絡し対応し、徐々に意識、呼吸状態が改善したが、安全確認のため入院となった。
6	障害の可能性（低い）	造影剤・検査薬	１歳の小児患者の治療効果を判定するために、ＣＴ検査を計画した。小児外科医は、鎮静薬を静脈注射して鎮静し、放射線診断医は手背静脈ラインを使って、自動注入器で造影剤を注入した。放射線診断医は注入後に画像に造影効果がないことに気付きライン挿入部を観察したところ、前腕部が腫脹し手指のチアノーゼが観察された。このため緊急で減張切開術を行った。
7	障害の可能性なし	造影剤・検査薬	肺病変や全身リンパ節病変を評価するため、ＣＴ検査を計画した。ＣＴ依頼箋に喘息および造影剤のアレルギー歴「有り」と記載されていた。放射線ＣＴ担当医師はこれを見て経静脈性造影剤を使用しない単純ＣＴを計画したが、経口ガストログラフィン希釈液にはマークをつけた。上級医はこれに気付かなかった。検査当日、経口ガストログラフィン希釈液の投与指示を受けた看護師は、患者から「ヨードアレルギーがあるが大丈夫か？」と質問されたが、否定せず造影剤を服用させた。調べて中止させた時、すでに半量を服用していた。気分不快、息苦しさ、顔面紅潮、嘔気嘔吐などの症状が出現した。
8	障害の可能性なし	造影剤・検査薬	看護師はＣＴ造影剤（イオパミロン）の血管確保をしようとしたが血管への刺入が難しかったので正中静脈から２３Ｇの翼状針を挿入し、血液の逆流の確認をして造影剤注入がすべて終了するまで患者のそばに付き添った。放射線科技師はテスト注入をしたが圧グラムの異常も無く腫脹や痛みの訴えが無かったため全量注入した。その後、放射線技師より造影剤の皮下漏れと上腕部の腫脹を指摘があった。患者からの痛みの訴えは無かった。放射線科医師が診察し、症状が悪化するようであれば受診をしていただくように説明後、帰宅となった。

注）医療事故事例の背景・要因および改善策については第１９回報告書１３３頁図表Ⅲ-２-１３参照。

No.	事故の程度	分類	事例の内容
【ＭＲＩ検査】			
9	障害の可能性（低い）	検査準備	腰部ＭＲＩをオーダーされた患者は、ペースメーカー挿入後であり当院循環器に定期的に通院していた。ペースメーカーの有無の確認を怠ったため、本来、禁忌であるＭＲＩ検査のオーダーを行ってしまった。検査室で家族立会いの下、財布、貴重品などの金属類などがないか確認し、検査を開始した。次の検査をする患者にペースメーカーを装着していないかの確認をしている時、近くで聞いていた家族より、当該患者はペースメーカー植込み術をしていると言われ、ただちに検査を中止した。循環器主治医による診察と、ペースメーカー業者によるペースメーカーの検査点検をした。
10	障害なし	検査準備	外来カルテの表紙には「メドトロ」（メドトロニック植え込み式ペースメーカー）、病名欄には完全房室ブロックと記載されていたが、脳外科の医師はカルテを確認せずＭＲＩをオーダーした。看護師もカルテ、患者、家族に確認をしなかった。ＭＲＩ室においては放射線技師が患者の左前胸部を触って確認したが、脂肪で気付かなかった。撮影中、放射線技師が外来カルテを確認し、完全房室ブロックの既往歴、ペースメーカー挿入がわかり、検査を中止した。その後ペースメーカーに不具合はなかった。
11	障害なし	検査準備	単純検査が終了したため、担当技師がベッドをマグネットから出し、続いて担当医師（研修医）が造影剤を投与するためマグネットに近づいた際、髪の毛をとめていた髪留め（金属性）がマグネット内に飛び込んだ。 患者へ危害はなかった。
12	障害なし	検査準備	救急外来で意識障害にて救急搬送された患者のＭＲＩ検査を施行することになった。救急担当医は当直放射線技師にＭＲＩ検査をオーダーした。救急外来看護師ＡはＭＲＩ用ストレッチャーに患者を移し、身体に磁性体となる物が付いていないか他の看護師Ｂとダブルチェックを行った。そして点滴をＭＲＩ用スタンドに替えた。また患者には酸素が経鼻カニューレで投与中だった為、カニューレを中央配管から移動用酸素ボンベに替えた。酸素ボンベはストレチャーの下の架台へ収納した。看護師Ａは患者をＭＲＩ室に搬送し全室で待っていた放射線技師と再度磁性体の有無について確認した。この時、院内で決められたチェックリストを使用せずに口頭で行った。又マニュアルで決められている金属探知棒も使用しなかった。放射線技師は看護師Ａに対しても磁性体がないかの確認を行い、患者をＭＲＩ室内へストレッチャーの頭の方から搬送した。ストレッチャーが検査台に近づいたところで「ドーン」という大きな音がしてストレッチャーの下にあった酸素ボンベがＭＲＩガントリー内の４時の方向に吸着した。その際、放射線技師は吸着を防止しようと思わず右手を出しガントリーと酸素ボンベとの間に右手を挟まれ、手背の打撲を負った。患者に障害はなかった。
13	障害なし	造影剤・検査薬	ＭＲＩ撮影時、造影剤（ガドベンテト酸メグルミンｓ：後発薬品）１５mLを３分かけて静注した。ＭＲＩ内部に患者を移動後、緊急ボタンが鳴ったため、患者を装置の外へ出した。 患者は嘔気・冷汗があった。
14	障害の可能性なし	患者の観察・管理	患者は意識障害があり、誤嚥性肺炎で気管内挿管にて酸素投与し呼吸管理していた。ＭＲＩ検査のため、９Ｌ３５％ベンチュリーマスクで酸素投与にて搬送した。その際、ＳＰＯ$_2$９８％、顔色良好であった。検査が終了し病棟看護師が迎えに行くと、酸素ボンベが空になっていた。患者は顔面、四肢紅潮し、速拍努力様呼吸となっていた。
15	障害の可能性なし	その他	ＭＲＩ検査を受けた患者は４日後、整形外科受診した際に「ＭＲＩ検査を受けていた時に、左腰部がチクチクした。家に帰ってみたら、チクチクしたところが火傷みたいになっていた。」と話した。患者が検査時に身に着けていた着衣は金糸を使ったようなジャージだった。患者の身体には、ジャージの金糸模様と一致する「四角模様の発赤痕」が４箇所認められた。これまでジャージでこのような事故は無かったが、洋服に金糸が織り込まれていたことが原因だったことが判明した。

No.	事故の程度	分類	事例の内容
【超音波検査】			
16	障害の可能性なし	患者の観察・管理	患者は腹部超音波検査後、更衣室で着替えを済ませた際に転倒し、右下肢の力が入らなくなった。患者は「午後の検査だったので、朝食を軽く摂取ししていた。検査に３０分くらいかかり、寒かったのは覚えているが、貧血のようなめまいがして、気がついたら転んでいた。」と話す。整形外科を受診した結果、大腿頸部内側骨折と診断され入院となった。
17	障害なし	その他	患者は超音波検査を受けるため検査待合室で待っていたが、途中家族が席を外した際に名前を呼ばれた。検査担当者が名前を呼ぶと患者は手を挙げた。検査担当者は「一人で来たのか」「家族はいないのか」など質問し、患者が「ハイ」と答えたため検査室に誘導した。戻った家族は、スタッフに患者がアルツハイマー病であることを告げた。このスタッフは、家族に検査が終わるまで外来待合室で待つよう話したが、検査担当者には家族の伝言を伝えなかった。検査終了後、再度患者に家族と来院していないのかと質問すると「はい」と答え、検査後診察はあるのかと質問すると「はい」と答えた為、混雑していた外来側の待合室を通らずに、最短距離でもある入院側の廊下から患者を診療受付へ誘導した。外来待合室の家族は、患者がなかなか戻って来ないことを心配し、外来検査受付に問い合わせたが、「検査は３０分ぐらいかかります」と言われたため待ち続けた。３０分過ぎても戻って来ないため再度外来検査受付にいた検査技師に問い合わせた。技師が画面で検査状況を確認してすでに検査が終了していることがわかった。診察受付では検査前に診察は終了していたため、受付クラークが患者を会計窓口まで誘導していた。会計後すでに１時間近く経過しており、ホールや出入り口周辺にも姿が見当たらなかった。直ちに、病院内および病院周囲の捜索を行うとともに警察に連絡した。警察署から本人らしい方が保護されたとの連絡があった。

図表Ⅲ-２-３９　放射線検査に関連した医療事故の発生状況　第１９回

	患者間違い	部位間違い	検査間違い	検査準備	造影剤・検査薬	撮影条件	画像処理	機器	患者の観察・管理（注1）	その他	合計
Ｘ線検査	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
ＣＴ検査	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	7
ＭＲＩ検査	0	0	0	4（注2）	1	0	0	0	1	1	7
核医学検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
超音波検査	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	4	8	0	0	0	3	2	17

（注１）転倒・転落を含む

（注２）検査室への磁性体の持込に関連する事例４件を含む

図表Ⅲ-2-40　放射線検査に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況　第31回～第34回

	患者間違い	部位間違い	検査間違い	検査準備	造影剤・検査薬	撮影条件	画像処理	機器	患者の観察・管理(注1)	その他	合計
X線検査	200	251	22	34	20	87	61	38	100	37	850
CT検査	82	48	20	21	115	47	24	25	19	32	433
MRI検査	18	23	4	94(注2)	21	6	11	5	19	21	222
核医学検査	10	3	2	5	17	14	7	4	6	8	76
超音波検査	2	0	0	3	1	2	1	0	2	0	11
不明	67	16	1	3	10	15	18	7	12	9	158
合計	379	341	49	160	184	171	122	79	158	107	1,750

（注１）転倒・転落を含む

（注２）検査室への磁性体の持込に関連する事例９１件を含む

図表Ⅲ-２-４１　放射線検査に関連した医療事故の概要注）（平成１９年1月1日～平成２０年１２月３１日）

No.	事故の程度	分類	事例の内容
【Ｘ線検査】			
1	障害なし	患者間違い	病棟での患者Ａのポータブルオーダーを受付け、伝票出力をした。しかし、同病棟には患者Ｂ（患者Ａと同姓）も入院しており、患者Ａと誤って認識をし、患者Ｂを撮影した。患者Ｂのリストバンドをｐｄａで読み込むと、胸腹部オーダーはＲＩＳ上で外来表示となったため、他の技師がポータブル担当者の知らないうちに未実施項目に入れていた。
2	障害なし	患者間違い	肝生検の患者の、入院時検査で撮影した胸部Ｘ線を確認したところ、両下肺野に浸潤影認められたため精査のため胸部ＣＴを施行した。胸部ＣＴ上肺野はクリアであり、胸部Ｘ線画像を以前のものと比較し、複数医師が確認したところ胸郭、脊柱、体格の違いがあり、放射線科に確認をした。入院時の画像にあげられたＸ線が別人であったことがわかった。最初に良く確認せずに胸部ＣＴを撮影してしまい余分な被爆をさせてしまった。
3	障害の可能性（低い）	部位間違い	聴診で右気胸と診断した医師が、Ｘ線撮影室のモニター画面を見ていたところ、画面上左の肺が２/３虚脱し、右方シフトも見られた。ＳＰＯ$_2$６０台で意識レベルも朦朧としていたため、急いで処置をしなければと思い、聴診とは違い「おかしい」と感じたが、画面で確認した通りに左胸腔にトロッカー挿入した。カテーテル挿入後にフィルムが出来上がり、確認したところ画面と同じ所見であったので、カテーテルを固定し、確認レントゲン撮影を施行した。この時点で撮影技師から「さっきのフィルムは左右が逆であった」ということが報告されたが、すでに虚脱していない左肺にトロッカーが挿入されたあとであった。
4	障害の可能性（低い）	機器	診療放射腺技師２名で患者をイスから寝台に移動させる際に、床にある寝台移動スイッチを技師が誤って踏み、寝台の縁を握っていた患者の左手小指を挟み出血させてしまった。
5	障害の可能性なし	機器	急性心筋梗塞のため冠動脈造影及び治療中にＸ線装置（Ｃアーム）の安全装置の不具合により、頻回にアラームが解除出来ず、検査、治療の進行が遅れた。また、故障前後に心停止となり、検査台が動かない状況と重なった為、心肺蘇生治療の質が不十分になった。故障発生後、放射線技師に連絡、点検、応急処置を依頼、しばらくして検査および治療が再開できた。
6	障害の可能性（低い）	患者の観察・管理	患者は胸部Ｘ線撮影の必要有りと担当医が判断したが、診察中も背部痛強く机に伏せて痛みに耐えているなどしたため、深夜勤務看護師の介助により車椅子で一般レントゲン室へ向かった。終始息苦しいためか、過呼吸気味であった。撮影に当たり、担当医は「独歩で来院し、意識も鮮明であり、手指先からの酸素濃度測定値も異常値でなかった」等の所見により、立位で「正面の呼気及び吸気、側面」での撮影を選択したが、通常一般的には、この立位で行う「正面の呼気及び吸気、側面」での撮影は患者自身に負荷がかかるため、自立歩行に何ら支障のない患者に対してオーダーされるため、当直診療放射線技師も「自立歩行に支障のない患者の撮影」と判断した。患者が、「上着が脱げますか？」との問いかけに頷いたため、立位の撮影装置へ独歩で移動するように通常どおりの指示を患者に行った。また、立位のレントゲン撮影装置に移動し取っ手を握った段階での説明にも「はい、はい、」と口頭で返答していたことにより、「自立歩行に何ら支障のない患者」との判断で当時の担当診療放射線技師は、患者に同伴していた夜勤看護師と放射線の影響の少ない操作室に入り、Ｘ線スイッチを握った瞬間、立位で患者の意識が消失しため、患者は立位のまま後方へ倒れようとした。診療放射線技師が操作室から出て、転倒しその勢いで頭部も床に倒れ込もうとしている当該患者の両肩を覆いかぶさる形で両手で保持しようとしたが、保持しきれず床に後頭部をぶつけた。
7	障害の可能性なし	患者の観察・管理	放射線部で中心静脈カテーテルの入れ替えを行い、留置できた後に固定と位置確認の撮影をしようと医師・看護師・技師が患者から目を離しベッドから離れた。その瞬間に、患者が右側に動きベッドから転落した。頭部と右肩を打撲したため、ＣＴ検査を行い、脳外科医師・整形外科医師が診察した。頭部打撲による脳損傷の可能性を考慮し、ＩＣＵに入室し経過観察し、転落３時間後でもＣＴ確認を行った。皮下血腫のみで特に問題はなく翌日には一般病棟に戻った。

注）医療事故事例の背景・要因および改善策については第１９回報告書１５５頁図表Ⅲ-２-１７参照。

No.	事故の程度	分類	事例の内容
8	不明	患者の観察・管理	放射線科にて、胸部Ｘ線撮影のため、看護師と放射線科技師の２名で対応した。 放射線照射録に「可能なら立位で」という医師の指示があったため、患者に立てるか尋ねたところ、患者は「立てる」と立ち上がったため、看護師と放射線科技師の２名で両脇から支え介助し立位となった（比較的スムーズであった）。技師がＸ線管球の位置を合わせのため患者より離れたところ患者が脱力したようになりしゃがみ込んでしまった。呼名反応なし、すぐに車椅子にて病棟へ戻った。ベッドに戻った後、意識清明となり下肢の疼痛を訴え、Ｘ線撮影の結果「左大腿骨下端骨折」と判明した。
9	障害の可能性なし	その他	口腔外科の救急患者にパノラマを撮影した際に、患者が義歯を装着しているのに気づかず、そのまま撮影した。 このことに気づき、再度パノラマ撮影を行い治療を行なった。 撮影に失敗したＩＰ（イメージングプレート）を「未撮影」棚に戻し、これに気付かずそのまま放置した。翌日、通常診療の際に未撮影棚からＩＰを取り出し撮影を行なったところ、２重撮影となった。
10	障害なし	その他	膝関節のレントゲン撮影の為車椅子でレントゲン室へ移送した。検査台に移動する時、患者の前に立ち全介助で立位にした際に患者が痛みを訴えた。１０cm の皮膚剥離、出血があり、ガーゼ保護にて圧迫止血を行なった。
【ＣＴ検査】			
11	障害の可能性（低い）	造影剤・検査薬	胸腹部造影ＣＴ検査のため看護師が２３Ｇの翼状針で右前腕静脈に血管を確保した。看護師が血液の逆流を確認した上で、診療放射線技師は造影剤注入回路を接続し検査を開始した。注入開始約１分経過後静脈圧モニターが上昇したため、放射線技師は造影剤注入を中止して刺入部を観察した。右前腕部に明らかな腫脹を認めず、患者に確認するが疼痛の訴えがなかったので検査を続行したが、さらに静脈圧モニターが上昇したため造影剤の注入を中止した。中止後患者が疼痛を訴えたので観察すると､右前腕全体に腫脹と硬結が認められた。造影剤（オムニパーク３００シリンジ１００mL）１００mL 中８０mL が注入されていたが、画像上体内への造影剤注入が認められなかった。
12	障害の可能性（低い）	造影剤・検査薬	外来患者が造影ＣＴ施行した。ヨード造影剤（オムニパーク３００）１２０mL 静注後､くしゃみが頻回出現した。しばらくして軽快したため、点滴抜去した。血圧１３２/８０mmHg 心拍７２/分であった。１０分後、声がかすれると訴えあったため持続点滴で血管を確保した。呼吸苦出現、意識消失したため処置を行った。その後症状回復したが経過観察のため入院し、翌日退院した。
13	障害の可能性（低い）	造影剤・検査薬	腹部造影 CT（オイパロミン３００・１００mL　1 mL/ 秒）を撮影した。ＣＴ撮影中は監視カメラで観察していたが、特に異常は見られなかった。ＣＴ撮影後、ベッドを移動しながら観察すると、顔面紅潮があり、患者は「気分悪い、吐きそう、トイレに行きたい」と訴えた。この時血圧１４０mmHg であったが、おかしいと思い、ルート確保したまま放射線技師に医師を呼ぶよう依頼した。放射線技師は､医師を呼ぶと共にコードブルーの放送を依頼した。この間、患者は意識消失した。その後の対応にて、患者は意識を回復した。
14	障害なし	造影剤・検査薬	外来患者の腹部単純及び造影ＣＴを行った。造影ＣＴに際して、医師が右前腕部に血管を確保後、自動注入器により造影剤注入（モイオパーク３００シリンジ９０mL を毎秒１mL で注入）を開始した。この時に、手押しボタンでのテスト注入で、診療放射線技師が、点滴漏れの有無を確認し、患者に異常がないかを尋ねた後、撮影を開始した。撮影後、ＣＴ画像上の造影効果がなかったため、診療放射線技師が患者の穿刺部位を確認した所、右腕全体に著明な腫脹があり、造影剤の血管外漏出したことが判明した。検査中、患者は右前腕部の痛みを訴えることはなかった。患者は、異常なく経過し、右腕の腫脹は２日後に消失した。

No.	事故の程度	分類	事例の内容
15	障害の可能性なし	造影剤・検査薬	看護師は検査のために右前腕に２０Ｇイントロカン針で血管確保し、逆血があることを確認しテガダームで固定した。検査室で放射線技師はモイオパーク３００シリンジをインジェクターにセットし、逆血の有無を確認したが、逆血は確認できなかった。モイオパークを少量（５mL）手動で注入すると抵抗がなかったため､医師の確認のもと造影を開始した。造影剤注入中、放射線技師は圧を確認していたが、撮影後造影剤の漏れを発見した。
16	障害の可能性なし	造影剤・検査薬	主治医より造影腹部ＣＴの当日施行の指示があった。検査伝票はアレルギーなしに丸印がつけられていた。看護師Ａは指示を受け、伝票を放射線科へ持っていった。その後患者は検査用の点滴を施行し造影腹部ＣＴを行った。帰室後呼吸苦、喘鳴、冷汗、ＳＰＯ$_2$８０代へ低下あり。血圧１３０/７４、ＨＲ７０主治医報告した。サクシゾン、ラシックス使用するも、改善みられず、胸レントゲン結果、心不全の悪化所見があった。カルテのアナムネ用紙を見ると、イオパミロン禁止の記載あり。造影剤アレルギーを見逃し、検査施行したことが判明した。
17	障害の可能性（高い）	造影剤・検査薬	患者は以前、エクセグランによるＤＩＨＳ（薬剤性過敏症症候群）で入院加療した既往があった。外科より、造影ＣＴ検査をすることとなったが、この時看護師がエクセグランの副作用歴を患者より聞き、造影前に放射線科担当医師に報告した。放射線科担当医師は、以前の原因となった薬剤はエクセグランでありＸ線造影剤ではないこと、癌の深達度や転移の有無を正確に判断するには造影剤を用いた検査が必要であること、外科医師より造影検査の説明がなされており造影剤使用に関する承諾書ももらっていることを考え、リスクとベネフィットの関係から造影検査をすることにした。患者は直後に軽い眩暈があり、翌日より薬疹が出現し、その翌日も治療受けたが増悪したため、皮膚科入院となった。
18	死亡	造影剤・検査薬	造影ＣＴ施行目的にてヨード系造影剤１３８mL 注入時に咳嗽が出現した。ただちに中止したものの直後に急変し心停止呼吸停止をきたした。
19	障害の可能性（低い）	造影剤・検査薬	両側の耳下腺部の痛みを主訴に受診され､耳下腺部腫瘤を認めたため､同意書にサインをもらったうえで造影ＣＴ撮影を施行することになった。患者は３ヶ月前、当院呼吸器外科で、造影剤オムニバークを用いた造影ＣＴ撮影検査を受けており、その際には何の障害も生じていなかった。今回は造影剤イオパミロン３００を用いて撮影を行った。上腕の静脈路よりイオパミロン３００を１００mg 投与し、６０秒後よりＣＴ撮影を開始した。約１０秒間の撮影を終えた時点では呼びかけに対し「大丈夫」と返答があった。その後吐き気が出現し、近くにいた医師、看護師が駆けつけ呼びかけた際には応答がなかった。救急の医師が到着した時には、心肺停止状態（頸動脈の触知不能状態）であったため、ボスミンの投与と心臓マッサージを施行したところ、約２分後には蘇生し呼びかけに応答できるようになった。完全左足ブロック等の所見があったため循環器内科に入院し、後日退院となった。
20	死亡	造影剤・検査薬	ＣＴ検査の結果と臨床所見が一致しないため、下肢切断部位の決定のために再度のＣＴ検査を実施した。入室時、呼吸苦あり、また緊張している様子であったため酸素1Ｌで開始していた。右腸骨動脈より造影剤注入後、テストドーズでは問題なかったが、ＳＰＯ$_2$が８５％まで低下したため、サクシゾンの投与、酸素 5L/ 分としその結果、ＳＰＯ$_2$は９４～９８％に回復した。検査終了し、２０分圧迫止血しベッドに移動した直後、喘鳴強くなり下顎呼吸となった。すぐに気管内挿管し人工呼吸、心臓マッサージ、薬剤投与で対応した。原因ははっきりしないが、造影剤によるアナフイラキシーショックと考えられた。
21	障害の可能性（高い）	造影剤・検査薬	造影ＣＴ検査時に、オムニパーク（３００）を９３mL 静脈注射した時点で、患者は気持ちが悪いと訴えた。アナフィラキシー様ショックのため急速に患者の状態が悪化し、心肺停止状態になった。速やかに蘇生治療を行い救命しえたが、低酸素脳症となり治療を継続している。

No.	事故の程度	分類	事例の内容
22	障害の可能性なし	造影剤・検査薬	胸腹部造影ＣＴ中に、患者が血管痛を訴えたため造影剤を１０mL 程注入した所で注入を止め、漏れがないか看護師が確認した。血管外への漏れがない状態であったため、注入を続行した。その後、患者は再び痛みを訴えたが、注入部を確認しつつさらに注入を行った（注入圧は正常な 1 mL/s であった）。注入直後から撮影を開始したが、その直後より患者の様子が変わり、脱力状態になったため、放射線技師が異変に気付き患者の元に駆け寄った。患者は意識消失の状態であり、医師・看護師の協力で救命処置に取りかかると共にハリーコールを行った。患者はショック状態へと進行し、心肺蘇生処置が実施されたが、自発呼吸が戻り、後日軽快退院となった。
23	障害の可能性なし	造影剤・検査薬	患者はくも膜下出血のため、もともと意思疎通が困難であった。これまで多数の造影ＣＴ検査を実施していた。末梢静脈路の確保が困難であったためＣＶより造影剤オイパミロン３００を投与した。３０mL 静注した時点で顔面から上半身の皮膚発赤、激しい咳き込み、眼球結膜の充血が生じ、アナフィラキシー様反応を起こした。
24	障害の可能性なし	その他	ＣＴ室の撮影台からベッドに３人で抱きかかえて移動する際、ベッドにおろす時に右半身が少し斜めになり、右肩の痛みを訴えた。整形外科医師の診察の結果、右上腕骨折と診断された。
【ＭＲＩ検査】			
25	不明	検査準備	患者が頭部ＭＲＩ検査の際に使用する薬剤（プルポフォール）を、小児科外来看護師がトレイに準備した。準備した２つのトレイのうちの１つがホーロー製であった。小児科外来で説明・血管確保後、医師と看護師がトレイを持って、患児を検査室に案内した。診療放射線技師２人は、医師が、回診衣のポケットから持ち物を取り出すのを確認し、患児の衣服等の金属確認を行った。医師は撮影室に入室する際、準備してあった薬剤の入ったトレイを持って入り、撮影台に置き（患児の足元約５０cm の所）、鎮静処置を開始した。患児が入眠し、撮影のため台を頭側へ移動、それとともにプロポフォール、注射バイアルなどを入れた鉄製トレイがＭＲＩの磁力に引き付けられ飛んだ。トレイに置いてあった物が患児の顔面に当たり口内裂傷を起こした。
26	障害なし	検査準備	前の週ＭＲＩ検査を実施した際に、体内にある金属は確認していたため、今回は金属探知器によるチェックは行わず、口頭による確認のみで検査を行った。しかし検査終了後、携帯電話を所持していたことが判明した。携帯電話は一時使用できず、その後しばらくして使用可能となった。患者には特に実害はなかった。
27	障害なし	検査準備	ＭＲＩ検査終了後、担当医（研修医）が、技師の指示なしにＭＲＩ室に酸素ボンベ付きのストレッチャーを検査室に持ち込み、酸素ボンベはＭＲＩ本体に吸着した。
28	障害なし	検査準備	ＭＲＩ検査終了後、患者を検査装置から出そうとしたが寝台が動作不良であった。リセットを行ったが回復しないため、メーカーに修理を要請した。メーカーが到着し、修理作業を開始した。室内から大きな音がしたため駆けつけてみると、金属部品（１０cm 程度のベアリング）が２個ガントリー部に吸着していた。メーカーの作業員が吸着した金属を引き剥がそうとしたが無理であった。結局磁場を落として吸着した金属を取り外した。被害状況は、ボディコイルと装置カバーの破損が確認された。直ちに修理を開始したが、磁場の立ち上げ、ボディコイルの手配、シミングなどに数日を要した。停止期間中の予約患者の対応については、他のＭＲＩ装置をフル稼働し、またスタッフ全員で時間外業務で対応し、患者からのクレーム等、問題も無く処理できた。
29	障害なし	検査準備	緊急ＭＲＩ検査後、技師は患者をガントリー内より外に移動しようとしていた。医師が患者を退室させるために酸素ボンベを積んだストレッチャーをＭＲＩ検査室内に入れてしまった。技師は制止したが、酸素ボンベが飛び出し、検査台の直下のガントリーに吸着した。酸素ボンベはストレッチャーの寝台の下に床に平行にセットするタイプであったので、検査台の下側に飛んで行き、患者に危害は及ぼさなかった。

No.	事故の程度	分類	事例の内容
30	障害の可能性なし	造影剤・検査薬	造影ＭＲＩのためＥＯＢプリモビストを投与したところ、静注後約５分で呼吸苦が出現し、患者本人が緊急ブザーを押した。顔面にチアノーゼを認め、胸部聴診上気道狭窄音聴取しＳＰＯ$_2$６４％に低下したが、意識は清明であり、血圧は１６０/１１０と低下はみられなかった。酸素１０Ｌ投与したところ、３０分ほどでＳＰＯ$_2$８０台後半まで回復みられた。その後、症状軽快みられたため病棟にてソルメドール１Ａ投与した。
31	障害の可能性（高い）	患者の観察・管理	ＭＲＩ検査終了後、技師が介助して臥床位から起こし検査台に腰掛けさせた。担当技師は検査台から出入り口まで患者の後ろから一緒に行き、予めＭＲＩ室出入り口ドアのロックを解除して、「少し引っ張れば開きます、忘れ物が無いように」と言って操作室に戻った。その後患者は自力で立ち上がり履き物を履いてＭＲＩ室出入り口側の更衣かごまで行き、被服を整えた。その後、ドアの取っ手付近で転倒しているところを付き添いの妻が見つけた。検査を担当した技師が駆けつけると、患者様が出入り口に置いてある椅子の傍らで尻餅をついていた。患者は、「ドアを引っ張ると軽すぎて 反動で倒れた」言われた。外来で診察後胸部と股関節（２方向）の単純Ｘ線撮影をし、左大腿部頸部骨折と診断された。
32	障害の可能性（低い）	その他	患者は交通事故による頚髄損傷疑いの方で、数箇所の擦過傷があった。救命救急センターより、緊急性の高い患者として頚椎ＭＲＩ検査の依頼があり、検査を施行した。種々の医療器具および処置の施されていた患者であるが、安全項目を確認、心電図電極や他のリード線など全て除去して検査に臨んだ。4 度目の撮影方法である矢状断Ｔ１ＷＩの終了直前、患者がブザーを鳴らし始め体動が始まったため、担当技師は撮影を即時中断、技師と担当医師が検査台を出して問診したところ、患者は左臀部の著明な熱感を訴えた。同部は比較的深い擦過傷の部位であった。ＭＲＩ撮影に伴う高周波が、擦過傷部位を刺激したものと思われた。放射線科医がカルテを照合しながら、包帯と擦過傷の間に乾いたガーゼを数枚重ねておいた。矢状断面のみでは損傷の有無が確定できず、検査続行の必要性と熱感の原因、および注意事項を患者に説明し、検査の続行の了解をえた。ＭＲＩ高周波の軽減を試みたが、撮影時間が 15 分を超えると思われ断念した。３番目の撮影方法であるＴ２ＷＩでは熱感がなかったことから、繰り返し時間の短い撮影法が原因と推定し、横断像のＴ１Ｔ２ＷＩの条件が繰り返し時間が長いことを確認して検査を行い格変なく終了した。主治医グループに経過を説明し、擦過傷部分を確認して貰ったところ新たな損傷はなかった。
33	死亡	その他	救急車にて来院した心肺停止状態、徐脳硬直を不随意にとる患者をＭＲＩ撮影した。開始１０分後、下肢の動きがあり中断した。両下肢発赤しＭＲＩから引き出すと頭部膨張しカバーに挟まった状態であり、体幹四肢は風船のように膨張している事が判明した。その後、呼吸停止・心肺停止し死亡。心肺停止後の全身ＣＴでは全身の皮下気腫、筋層内気腫、気胸、腹腔内フリーエアーを認めた。
34	障害の可能性なし	その他	頭部ＭＲＩの際、安静臥床を保てないと検査不能のため、セデーション（薬による鎮静）が必要であることを家族に説明した。実際鎮痛薬を通常より多く投与し、１０秒ながら呼吸が停止したこと。呼吸抑制の生じる可能性があり、最初からアンビューバックを準備してすぐ対応し、約１分後には自発呼吸が再開し、バイタルサイン、神経症状に変化が無かったことを説明、了解を得た。
【核医学検査】			
35	障害の可能性なし	患者の管 理・観察	患者はＲＩの心筋検査が終了し、次の診療科へ行くために、カルテを持ってステッキをつきながら部屋を出て行った出口の所でステッキが滑り転倒して左大腿骨頸部骨折をした。
【超音波検査】			
36	障害の可能性（低い）	患者の観察・管理	超音波室のベッドがカーテンに囲まれていたため、患者が壁と間違えてもたれて転倒し左大腿骨頸部骨折をした。

No.	事故の程度	分類	事例の内容
37	障害なし	その他	手術前検査として経食道超音波を実施する際、以前キシロカインでのアレルギー反応ありとの電子カルテ記録があるにも関わらず、担当医、検査実施医、検査室が確認をしていなかった。検査実施医が患者への検査前の説明で気付き、キシロカインの使用はせずに急遽代替物品を用意し無事検査を終了した。
38	障害の可能性（低い）	その他	患者は超音波室へ車椅子にて行った。超音波が終了し、正面より検査技師１名と臀部を検査技師１名で支えて検査台から車椅子へ移動介助した。移動時に「痛い」の発言があり検査技師により靴下を脱がし右足の観察を行い腫脹がないこと足関節の可動も可能なことを確認した。その後も疼痛腫脹持続するためＸ線撮影結果、右脛腓骨折が判明した。

図表Ⅲ-2-42　放射線検査に関連した医療事故の発生状況（平成１９年1月1日～平成２０年１２月３１日）

	患者間違い	部位間違い	検査間違い	検査準備	造影剤・検査薬	撮影条件	画像処理	機器	患者の観察・管理（注1）	その他	合計
Ｘ線検査	2	1	0	0	0	0	0	2	3	2	10
ＣＴ検査	0	0	0	0	13	0	0	0	0	1	14
ＭＲＩ検査	0	0	0	5（注2）	1	0	0	0	1	3	10
核医学検査	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
超音波検査	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
合計	2	1	0	5	14	0	0	2	6	8	38

（注１）転倒・転落を含む

（注２）検査室への磁性体の持込に関連する事例５件を含む

【11】生殖補助医療に関連した医療事故

（1）発生状況

第１９回報告書において、生殖補助医療に関連した医療事故が事業開始から５件報告された。５件の内訳は、精子の取り違えが２件、受精卵の取り違えが１件、受精卵の紛失が１件、体外受精の際の出血が１件であった。そのうち、第１９回報告書分析対象期間（平成２１年７月～９月）に報告された事故は２件であった（図表Ⅲ-２-４３）。

図表Ⅲ-２-４３　生殖補助医療に関連した医療事故

医療事故の内容	件　　数
精子の取り違え	２件
受精卵の取り違え	１件
受精卵の紛失	１件
体外授精の際の出血	１件
合計	５件

（2）事例概要

生殖補助医療に関連した事例５件の概要を以下に示す。

事例１

医師は、人工授精を行う際患者Ａに、患者Ｂに注入する精子を注入した。

同日に患者Ａと患者Ｂの人工授精を行う予定であった。朝、患者Ａと患者Ｂは名前が記載された精液採取容器を産婦人科病棟に持参した。医師は患者氏名を確認し、それぞれの患者から直接、精液採取容器を受領した。医師は、病棟看護師とともに、患者氏名が記載された滅菌チューブと精液採取容器の氏名が一致していることを確認し、精液を滅菌チューブに注入した。２人目の精液採取容器についても同様に行った後、２つの滅菌チューブを遠心分離装置に入れた。次に、医師は病棟看護師とともに容器の患者氏名を確認し、沈渣をピペットに採取し、氏名を表示した別の滅菌チューブに注入した。２人目の検体も同様に行った。医師は、滅菌チューブを産婦人科外来に運び、２本の滅菌チューブが交差しないように、意図的に患者Ａの検体は胸ポケットに入れ、患者Ｂの検体は内診台と対面になる作業台の紙コップに立て置いた。医師は、外来看護師とともに滅菌チューブの氏名を確認し、続いて患者Ａにも滅菌チューブを見せ、患者に姓名を名乗ってもらい、滅菌チューブの氏名表記が患者Ａであることを互いに声を出して確認し、チューブを胸ポケットに入れた。次に作業台に位置を変え、注射器で滅菌チューブから精液を吸引し、ＥＴチューブを接続し、患者Ａに注入した。その後、患者Ｂの準備を行うために、滅菌チューブの氏名を確認すると、患者Ａの氏名が記載されており、患者間違えに気付いた。

人工授精をする際、同時に２件行おうとした。また、精子注入の最終段階において、当該患者に注入すべき精子であるかの確認を行わなかった。

事例２

夫（Ｏ型）と妻（Ｂ型）の夫婦Ｘと、夫（Ａ型）と妻（Ａ型）の夫婦Ｙに人工授精が予定されていた。ドナー精子を準備する際、技師は検体を取り違え、夫婦Ｘの人工授精に、Ｏ型の精子で受精を行うところＡ型の精子で受精を行った。患者及び血液型の確認が不十分であった。

事例３

医師は、患者Ａの受精卵を患者Ｂに移植した。

医師は、患者Ａと患者Ｂそれぞれの卵子に採卵顕微授精を行い、採卵・受精後３日目に患者Ａの培養液交換に続き、患者Ｂの培養液交換を行った。患者Ｂの培養液を交換し、新しいシャーレをインキュベータに入れた後、作業台を見ると患者Ａと患者Ｂの古い培養液の入ったシャーレがそれぞれ２つあった。シャーレを見ると受精卵が１個残っており、その受精卵を後で作業した患者Ｂのものだと思い、患者Ｂのシャーレをインキュベータから取り出し、受精卵を入れた。患者Ｂの受精卵は胚盤胞になり、その受精卵を患者Ｂに移植した。患者Ｂは妊娠したが、受精卵の状態は良好ではなかった。医師は、妊娠の可能性は低いと考え、検証したところ、最後に患者Ｂのシャーレに入れた受精卵は患者Ａのものであった可能性が高いと判断し、患者Ｂに人工妊娠中絶を行った。

原則として作業台には１人分のシャーレを置くことになっていたが、２人分のシャーレを出していた。個人を特定する情報がシャーレの蓋にしかなく、蓋をとった状態では誰の受精卵が入ったシャーレかがわからない状態であった。

事例４

凍結した受精卵を解凍し、患者に胚移植する予定であった。受精卵を解凍し培養継続中に培地を交換する際、受精卵をピペットに入れたままピペットの先端が破損し、受精卵を紛失した。

事例５

医師は、患者に不妊のため体外受精・胚移植が必要であり、採卵施行した。採卵後、患者は血圧が８０台に低下し腹痛が出現した。輸液投与を行い、血圧、脈拍、酸素モニターで持続的に管理を行った。また、超音波にて腹腔内出血の有無を確認した。排卵後２時間で血算、生化学等の血液検査を施行し、貧血進行のため予定外入院となった。

体外受精の手術の際の合併症の一つに、経腟的卵胞穿刺に伴う腹腔内出血が示されている。頻度としては稀であり、患者は過去に同様の手術を受けたが、今回のような合併症を起こさなかった。そのため、医師は経腟超音波での確認を行わず、血管を穿破した可能性が高いと考えられる。

（3）事例１～３が発生した医療機関の改善策について

生殖補助医療に関連した事例５件のうち、受精卵及び精子の取り違えに関する事例の改善策を取り上げる。

１）作業環境に関すること

①同一時間帯における人工授精は１症例のみとする。

②シャーレは本体と蓋の両方に個人が特定できるようにする。

③受精卵・精子の運搬方法等、作業環境に関する取り決めを作成する。

２）確認に関すること

①作業や確認を複数のスタッフで行う。

②安全を優先したマニュアルを作成する。

（4）生殖補助医療に関連した医療事故に関する国内の取り組み

平成１５年３月に開催された第２６回厚生科学審議会生殖補助医療部会の資料「生殖補助医療全体に係る課題について」には、生殖補助医療における事故に対する対策について（精子・卵子・胚の取り違えなどについて）[1)]として、国における議論や、日本産科婦人科学会会告「ヒト胚および卵の凍結保存と移植に関する見解」及び「ＡＲＴ実施および施設管理に関しての留意点」に胚や卵の識別が確実にすることが記載されている。

２００９年２月に公表された事故を受け、厚生労働省は、都道府県、指定都市、中核市に対し、平成２１年２月２０日付雇児母発第０２２０００１号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知「不妊治療における安全管理の徹底について」を発出し、胚や配偶子の取り違え事故防止のため、医療安全に係る適切な処置を講ずるよう、管下の医療機関等に周知徹底を指導している。

また、日本産科婦人科学会においても、２００９年２月に公表された事故を受け、生殖・内分泌委員会において、生殖補助医療に関する医療安全について検討が予定されている。

（5）まとめ

生殖補助医療における取り違えが発生した場合、その誤りが世代間に継承される。受精卵や精子の取り違えを防ぐには、同時に複数の患者の受精卵や精子注入を行わないことが原則であることは報告された事例により明らかである。

そのための対策として、まず、医療機関の実態に応じた作業環境を整備することが必要であり、当該事例が発生した医療機関においてもその対策が検討されている。

（6）参考文献

１．厚生労働省．生殖補助医療全体にかかる課題について．（online），available from〈http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0326-10q.html〉（last accessed 2009-10-19）.

【12】妊娠判定が関与した医療事故

（1）発生状況

第１９回報告書において、妊娠判定が関与したことにより医療事故に至った事例が事業開始から２件報告された。そのうち、第１９回報告書分析対象期間（平成２１年７月～９月）に報告された事例は１件であった。

（2）事例概要

妊娠判定が関与したことにより医療事故に至った事例２件の概要を以下に示す。

事例１

医師は、左顔面神経麻痺のため救急外来を受診した妊娠１６週の患者にＣＴ検査を行い、その後、高気圧酸素治療とパルス療法を行った。

救急外来で医師は、患者に問診で妊娠の有無を確認し、高気圧酸素治療とパルス療法を開始した。その翌日、患者は、最終月経が３ヶ月前であり妊娠の可能性があることを申し出たため、耳鼻科外来で妊娠反応検査を行い、その結果陰性であった。

２ヵ月後、患者は、他の産婦人科医院で妊娠２３週５日目であることがわかり、当院で妊娠反応検査を実施した時は既に妊娠１６週であったと考えられた。

妊娠反応検査を実施する際、産科外来看護師はゴナスティックW（ヒト絨毛性性腺刺激ホルモンキット）とクリアプラン（黄体形成ホルモンキット）の違いを知らず、クリアプラン（黄体形成ホルモンキット）を箱ごと耳鼻科外来看護師に渡した。耳鼻科看護師は、クリアプラン（黄体形成ホルモンキット）を使用したため、妊娠反応陰性の結果が出た。耳鼻科外来では、妊娠反応検査の判定方法を知らなかったため、電話で産科医に確認した。産科医は電話で判定ラインの数を聞き陰性と判断した。

事例２

医師は、患者に子宮腺筋症核出術のため子宮を切開したところ、患者が妊娠していたことに気付いた。妊娠反応検査を実施したところ陽性であった。

患者は、前医の紹介により当院の婦人科外来を紹介受診した。その際、エコー検査では妊娠の兆候はまったく認められず、その月の下旬に受診した際に１ヶ月半後の手術が決定した。エコー検査以降、入院までの間、妊娠検査をせず、また、患者も全く気付いていなかったため入院後も妊娠検査を行わなかった。

（3）事例１で使用された製品について

1）ゴナスティックW（ヒト絨毛性性腺刺激ホルモンキット）[1)]

①　使用目的

尿中のヒト絨綱性性腺刺激ホルモン（ｈＣＧ）を検出し、妊娠判定を目的とした試薬である。

②　判定結果が意味するもの

尿中にヒト絨綱性性腺刺激ホルモン（ｈＣＧ）の濃度が２５IU/L 以上の場合、陽性を示し、妊娠の可能性を示す。

2）クリアプラン（黄体形成ホルモンキット）[2)]

①　使用目的

尿中の黄体形成ホルモン（ＬＨ）を検出し、排卵日の予測を目的とした検査薬である。

②　判定結果が意味するもの

尿中の黄体形成ホルモン（ＬＨ）の濃度が４０m IU/mL 以上の場合、陽性を示し、排卵が近いことを示す。

黄体形成ホルモン（ＬＨ）の増加をＬＨサージといい、このＬＨサージが排卵を引き起こす。一般的には、ＬＨサージが認められてから２４～３６時間後に排卵を引き起こすといわれている。

（4）当該事例が発生した医療機関の改善策について

1）産婦人科外来において、妊娠反応検査の手順を明確にする。

2）入院時、閉経以前の女性で性交経験のある女性には全例妊娠検査を実施する。

3）妊娠反応検査を産婦人科外来以外で行う場合は、尿検査により判定する。

（5）妊娠診断の一般的な検査

妊娠診断の検査は、妊婦血・尿中に分泌されるヒト絨綱性性腺刺激ホルモンｈＣＧの検出により行われる。一般的には尿中のｈＣＧを測定するもので、免疫学的妊娠反応 immunological test と生物学的妊娠反応 biological test（妊婦尿中のｈＣＧを動物へ注射し性腺の反応をみるもので雌兎を用いたフリードマン反応などがある）がある。

免疫学的妊娠反応には、ラテックス凝集反応、酵素免疫法、蛍光基質を用いた酵素免疫測定法、免疫クロマトグラフィー法、ラジオイムノアッセイなどがあり、妊娠４週以降において高い確率で妊娠の診断に有用である[3)]。現在は、操作がより簡便で、実験動物を必要とせず、また短時間での判定が可能な免疫学的妊娠反応が用いられ[4)]、これらの反応を利用したキットは、妊娠診断の補助として使われている。

このキットによる判定では、偽陰性の可能性はあるが妊娠反応をみる上でしばしば行われる検査である。陰性の場合、妊娠していない患者として治療方針の決定や実際の治療を行うことが一般的である。妊娠の確定診断には超音波断層法による胎嚢の確認が用いられる。

（6）まとめ

報告された事例から、妊娠していた場合重篤な影響をきたす治療や処置を行う際、妊娠検査をいつ、どのような時に行うべきか、また、どのようなプロセスで行うべきかを院内で確認し周知することの必要性が示唆された。

（7）参考文献

1．ゴナスティックW添付文書，株式会社ニッポンジーン，2009 年 7 月改訂（第 3 版）.
2．クリアプラン添付文書，インバネス・メディカル・ジャパン株式会社，2007 年 12 月改訂（第 2 版）.
3．２０妊娠の管理．丸尾猛，岡井崇編．標準産科婦人科学第 3 版．東京：医学書院，2006；414.
4．妊娠反応．伊藤正男，井村裕夫，高久史麿．医学大辞典第 1 版．東京：医学書院，2003;1884.

【13】Ｂ型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ（ＨＢワクチン接種等）

（1）発生状況

第２０回報告書において、Ｂ型肝炎ウイルスキャリアの母親から生まれた児に対し、出生直後の抗ＨＢｓ人免疫グロブリン投与のみが行われ、Ｂ型肝炎ワクチン投与が行われなかった医療事故が事業開始（平成１６年１０月）から６件報告された。このうち、第２０回報告書対象期間（平成２１年１０月～１２月）に報告された事例は３件であった。

（2）事例概要

Ｂ型肝炎母子感染防止対策の実施忘れの医療事故６件の概要を以下に示す。いずれも、産科と小児科の連携不十分等の理由により、１ヶ月検診時にＢ型肝炎ウイルスキャリアの母親から生まれた児であることに気付かず、必要なＨＢｓ抗原検査、ＨＢワクチン投与等を忘れた事例である。

事例１

産科医は、Ｂ型肝炎ウイルスキャリアの母親から２００１年に出生した児に、出生の当日、ＨＢｓヒト免疫グロブリン（ＨＢＩＧ）を投与した。１ヶ月検診の際、医師はＨＢワクチン接種の対象者であることに気付かず、その後、児にＨＢワクチンの投与を行わなかった。母親もＨＢワクチン接種を申し出なかった。出生から５年後、家族から問い合わせがあり、ワクチン接種を行わなかったことに気付いた。

出産後の退院指導でＢ型肝炎も含めた指導をしたが、その内容を文書として渡していなかった。通常、産科でＨＢワクチン接種の説明を行うが、ＨＢワクチンの投与は小児科で行っており、産科と小児科の連携が不十分であった。

事例２

産科医は、Ｂ型肝炎ウイルスキャリアの母親から２００４年に出生した児に、出生の翌日、ＨＢｓヒト免疫グロブリン（ＨＢＩＧ）を投与した。児の１ヶ月検診の際、母親がＢ型肝炎ウイルスキャリアであることが分からず、小児科医師は通常の１ヶ月検診を行った。このため、本来行うべきＢ型肝炎母子感染防止対策が行われなかった。出生から３年後、母親は、２人目の子供にはＢ型肝炎母子感染防止対策が行われたが、児には行われていないことに気付き、児を当院小児科に受診させた。確認すると、Ｂ型肝炎母子感染防止対策の対象者から漏れていた。

事例３

産科医は、Ｂ型肝炎ウイルスキャリア【HBs 抗原（＋）、HBe 抗体（－）】の母親から２００７年に出生した児に、出生の翌日、小児科医にＨＢｓヒト免疫グロブリン（ＨＢＩＧ）投与を依頼した。産科医は、一般の１ヶ月検診と小児の消化器専門外来を予約するところ、一般の１ヶ月検診のみ予約した。そのため、児は一般の１ヶ月検診のみを受けた。１年後、児の母親が他院のパンフレットを見てＢ型肝炎母子感染防止対策について疑問をもち、当院小児科外来に問い合わせた。確認すると、プロトコールに則ったワクチン接種対応がされていないことが発覚した。

退院前に母親に対し、Ｂ型肝炎母子感染防止対策のスケジュールを説明せず、外来カルテにもその対象者であることを明記していなかった。また、産科医と小児科医の連携が不十分であった。

事例４

産科医は、Ｂ型肝炎ウイルスキャリアの母親に対し、出産前にＢ型肝炎母子感染防止対策について説明を行い、２００５年に出生した児に、ＨＢｓヒト免疫グロブリン（ＨＢＩＧ）を投与した。１ヶ月検診の際、医師は、母親がＢ型肝炎ウイルスのキャリアであることに気付かず、生後２ヶ月目にＨＢｓヒト免疫グロブリン（ＨＢＩＧ）とＨＢワクチンの投与、生後３．５ヶ月目のＨＢワクチン投与とその後の抗体産生の確認を行わなかった。

出生から約３年半後、児は発疹と発熱を認め、当院の小児科を受診した。その際行った検査により児がＢ型肝炎ウィルスに感染していることがわかり、確認すると、Ｂ型肝炎母子感染防止対策の対象者から漏れていた。児は、双胎第二子であったため、第一子についても確認したところ、第一子もＨＢｓ抗原陽性であり、Ｂ型肝炎ウィルスに感染していることがわかった。

産科医、小児科医、病棟助産師、看護師の連携が不十分であり、また、新生児チェックリストの記載が徹底されていなかった。

事例５（注１）

産科医は、Ｂ型肝炎ウイルスキャリアの母親に対し、出産前にＢ型肝炎母子感染防止対策について説明を行い、２００５年に出生した児に対し、出生後、ＨＢｓヒト免疫グロブリン（ＨＢＩＧ）を投与した。ＨＢワクチン接種を依頼する紹介状を１ヶ月検診時に持参するように母親に説明し手渡したが、母親は紹介状を持参するのを忘れ、医師もまた母親がＢ型肝炎ウイルスのキャリアであることに気付かず、生後２ヶ月目にＨＢｓヒト免疫グロブリン（ＨＢＩＧ）とＨＢワクチンの投与、生後３．５ヶ月目のＨＢワクチン投与とその後の抗体産生の確認を行わなかった。

（注１）（注２）事例５と事例６は、報告内容はほぼ同じであるが、事例５は「2005 年に出生した児」に関する事例。事例６は「2006 年に出生した児」であり、別の事例である。

事例６（注2）

産科医は、Ｂ型肝炎ウイルスキャリアの母親に対し、出産前にＢ型肝炎母子感染防止対策について説明を行い、２００６年に出生した児に対し、出生後、ＨＢｓヒト免疫グロブリン（ＨＢＩＧ）を投与した。ＨＢワクチン接種を依頼する紹介状を１ヶ月検診時に持参するように母親に説明し、手渡したが、母親は、紹介状を持参するのを忘れ、医師もまた母親がＢ型肝炎ウイルスキャリアであることに気付かず、生後２ヶ月目にＨＢｓヒト免疫グロブリン（ＨＢＩＧ）とＨＢワクチンの投与、生後３．５ヶ月目のＨＢワクチン投与とその後の抗体産生の確認を行わなかった。

（３）当該事例が発生した医療機関の改善策について

１）院内スタッフが実施すること

①保護者用のＢ型肝炎母子感染防止対策資料を作成する。

②Ｂ型肝炎母子感染防止対策マニュアルを作成し、産科医と小児科医へ周知徹底する。

③産科と小児科の連携を密にする。

④妊婦検診担当医は、母体がＨＢｓ抗原陽性の場合、診療録にそれを明示する。

⑤出生前の段階から小児科医師が関わり、類似事例の発生を防ぐ。

⑥退院前に小児科医が退院後の検診及び小児の消化器専門外来を予約する。

⑦小児科外来カルテにＢ型肝炎母子感染防止対策の対象者である旨を明示する。

⑧産科及び小児科の医師だけでなく、助産師や看護師も含めたカンファレンスを定期的に行い、患者の情報共有を積極的に行える場を作る。

⑨新生児チェックリストの書式・記載方法を見直す。

⑩新生児チェックリストの記載方法について決定した事項を明文化し、産科、小児科、産科病棟、小児科外来に周知徹底する。

⑪助産師、看護師もＢ型肝炎母子対策の指導を行う。

⑫母親用のパンフレットを用いてＢ型肝炎母子感染防止対策の指導を行う。

２）保護者に対する指導に関すること

①小児科医は、最初のＨＢｓヒト免疫グロブリン（ＨＢＩＧ）筋注及びスケジュールの説明を保護者に行う。

②Ｂ型肝炎母子感染防止対策についての説明及びパンフレットを活用する。

③妊婦検診担当医は、母親がＢ型肝炎ウイルスキャリアと判明した時点でＢ型肝炎母子感染防止対策に関するパンフレットを渡し、その説明を行う。

④１ヶ月目の褥婦検診時にＢ型肝炎母子感染防止対策に関する指導を行う。

（４）Ｂ型肝炎母子感染防止対策対象者数の現状

わが国におけるＢ型肝炎母子感染防止事業は１９８５年に開始され、ＨＢｅ抗原陽性の妊婦から出生してくる児に対する感染防止対策が公費で行われてきた。その結果、１９９５年に出生した児の母子感染によるＨＢＶキャリア率は０．０２４％と推定され、事業開始前に比べ約１/１０に低下していることが報告されている[1)]。

東京都の母子保健事業報告年報[2)]によると、平成１９年の妊婦検診受診数は１０４，５４８人（受

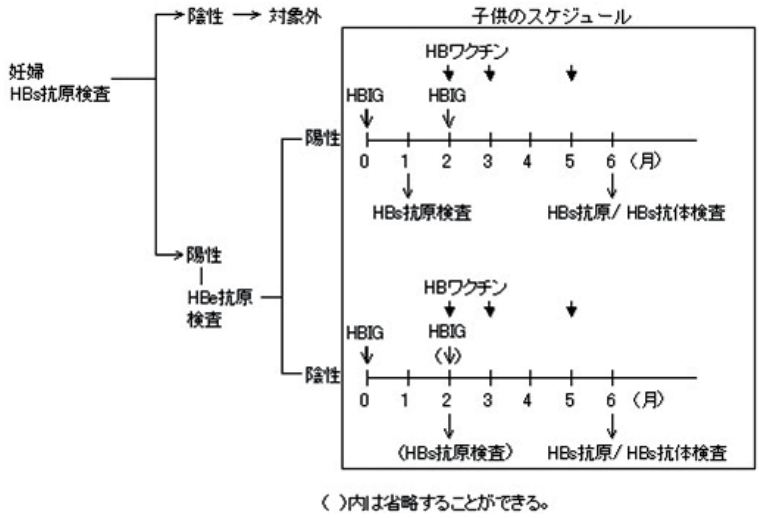
診率９１．３％）に対しＨＢｅ抗原陽性の妊婦が３６７人（０．３５％）である。このことからわかるように、現在、Ｂ型肝炎母子感染防止対策の対象となる児が出生することは、医療機関にとってしばしば経験することではないと考えられる。

（5）Ｂ型肝炎母子感染防止対策について

厚生労働省は、各都道府県、政令市、特別区に対し、平成１６年４月２７日付雇児母発第０４２７００１号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知「Ｂ型肝炎母子感染防止対策の周知徹底について」[3]を発出し、各医療機関において適切な処置が行われるよう指導することを求めている。更に、厚生労働省雇用均等･児童家庭局母子保健課より平成２１年１２月４日付の事務連絡[4]では、医療機関内の産婦人科と小児科の連携不足等の理由でＢ型肝炎ウイスルキャリアの妊婦から生まれた児に対して、出生直後の抗ＨＢｓ人免疫グロブリン投与のみが行われ、Ｂ型肝炎ワクチン接種が行われず、母子感染が成立したと考えられる症例が報告されたことを受けて、Ｂ型肝炎母子感染防止対策の周知徹底を指導している。

また、厚生労働省は、Ｂ型肝炎ウイルスの母子感染防止のスケジュール[5]を次のように示している。

《厚生労働省，Ｂ型肝炎について（一般的なＱ＆Ａ）》一部抜粋



・ＨＢｓヒト免疫グロブリン（ＨＢＩＧ）は出生後できる限り早期に（遅くとも４８時間以内に）筋注することが必要です。

・特に、母親がＨＢｅ抗原陽性のＢ型肝炎ウイルス持続感染者（ＨＢＶキャリア）である時は、注意深く経過を観察しながら予防を行ない、子供の血中のＨＢｓ抗体価が不十分であったり、検出されなくなった場合には、図に示した基本的なプログラムに加えて適宜ＨＢＩＧ、ＨＢワクチンを追加投与して慎重に予防を行います。

専門医が注意深く上記のプロトコールに従って母子感染予防を実施すれば、ＨＢｅ抗原陽性の母親から生まれた子供の９５％～９７％がキャリア化を免れるとの成績が得られています。

詳しくは末尾に参考文献として挙げてある成書をみるか、あらかじめ専門医に相談してください。

（6）まとめ

報告された事例から、医療機関にとってＢ型肝炎ウイルスキャリアの母親の出産はしばしば経験することではない。Ｂ型肝炎母子感染防止対策の実施にあたっては、医療機関において、いつ、誰が、何を行うべきか、また、どのような手順で行うべきかを産婦人科、小児科で確認し、Ｂ型肝炎母子感染防止対策の実施忘れを防ぐことの必要性が示唆された。

（7）参考文献

1．白木和夫．Ｂ型肝炎母子感染防止対策の追跡調査及び効果判定に関する研究総括研究報告書．平成７年度厚生省心身障害「小児の心身障害・疾患の予防に関する研究」分担研究．1996.

2．東京都福祉保健局少子社会対策部子ども医療課．母子保健事業報告年報．平成２０年版．2008.

3．厚生労働省．Ｂ型肝炎母子感染防止対策の周知徹底について．平成１６年４月２７日付厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知雇児母発第０４２７００１号.

4．厚生労働省．Ｂ型肝炎母子感染防止対策の周知徹底について．平成２１年１２月４日付厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課．事務連絡.

5．厚生労働省．Ｂ型肝炎について（一般的なＱ＆Ａ）平成２０年４月改訂．改訂第３版．2009;27-28.（online），available from〈http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkakukansenshou09/docu-ments/faq_HepatitisB.pdf〉（last accessed 2009-12-28）.

【14】凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の梗塞及び出血

（1）発生状況

ワーファリンカリウムは、血栓塞栓症（静脈血栓症、心筋梗塞症、肺梗塞症、脳梗塞症、緩徐に進行する脳血栓症等）の治療及び予防に用いられ、プロトロンビン時間やトロンボテストの値が治療域を逸脱しないよう、投与量や投与回数を調節する必要がある薬剤である。

凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の医療事故のうち、ワーファリンカリウム投与に関連した医療事故が事業開始（平成１６年１０月）から５４件報告された。報告された事例５４件を内容別に図表Ⅲ-２-４４に示す。５４件のうち、第２０回報告書対象期間（平成２１年１０月～１２月）に報告された医療事故は２件であった。

報告された５４件のうち、凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の検査・手術・処置等に伴うものが２４件報告された（図表Ⅲ-２-４５）。この２４件のうち、梗塞及び出血を起こした事例は２２件であった。また、梗塞及び出血を起した事例のうち、ワーファリンカリウムの内服状況や凝固機能に関する情報を把握していなかった事例が５件、把握していた医療事故が１７件であった。本報告書では、検査・手術・処置等に伴い梗塞及び出血を起した事例２２件について、第２０回報告書において分析を行った。

図表Ⅲ-２-４４　ワーファリンカリウム投与に関連した医療事故

医療事故の内容	梗塞（件）	出血（件）	その他（件）	障害なし（件）	不明（件）	合計（件）
処方間違い	0	2	0	1	1	4
他の薬剤併用による効果増強 効果増強	0	1	0	0	0	1
検査・手術・処置等に伴うもの	10	12	1	0	1	24
転倒	0	10	0	1	1	12
詳細不明な急変	2	4	0	0	1	7
その他	0	5	0	1	0	6
合計	12	34	1	3	4	54

図表Ⅲ-２-４５　検査・手術・処置等に伴う事例のワーファリンカリウムの内服状況や凝固機能に関する情報の把握の有無

情報の把握の有無	梗塞（件）	出血（件）	その他（件）	障害なし（件）	不明（件）	合計（件）
情報の把握なし	2	3	0	0	1	6
情報の把握あり	8	9	1	0	0	18
合計	10	12	1	0	1	24

（2）事例概要

凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の検査・手術・処置等に伴う梗塞に関連した事例１０件の概要及び改善策を図表Ⅲ-２-４６に、出血に関連した事例１２件を図表Ⅲ-２-４７に示す。

図表Ⅲ-2-46　検査・手術・処置等に伴う梗塞に関連した事例注)

No.	行った又は予定された検査・手術・処置等	事故の程度	事例概要
ワーファリンカリウムの内服状況や凝固機能に関する情報の把握なし			
1	尿管造影	障害の可能性（高い）	ワーファリン内服中の患者は、逆行性腎盂尿管造影のため緊急入院となった。この検査のために、内服していたワーファリンを中止した（トロンボテスト４５.９％）。患者は、ワーファリン中止について循環器科と相談することを希望したが、主治医はこれを実施しなかった。検査後翌日、血尿が持続していたためワーファリンを再開しなかった。検査翌々日（ワーファリン中止後４日目）、トロンボテスト６２.９％まで上昇したため、ワーファリン内服を再開した。その後、入浴中に転倒し、頭部ＣＴ検査によりで脳梗塞を認めた。ワーファリン中止について循環器内科へ相談せず、泌尿器科での判断で検査を実施した。
2	生検	障害の可能性（高い）	心臓弁膜症の術後でワーファリンを内服している患者は、左乳房の腫瘍を指摘され、生検目的のため入院した。入院の翌日からヘパリン持続投与を開始し、ワーファリンを中止した。入院６日後、手術１時間前にヘパリンを中止し、手術を実施した。術後、ヘパリンを再開し同日夕からワーファリンも再開となった。手術の翌日、ヘパリンを中止し、ワーファリンのみとした。術後３日、採血にてＴＯＴ＝９０と上昇していたことからヘパリン再開したが、その翌日脳梗塞を発症した。医師は、ヘパリン中止時期を担当科に確認しなかった。
ワーファリンカリウムの内服状況や凝固機能に関する情報の把握あり			
3	脳アンギオ	障害の可能性（低い）	ワーファリンによる凝固機能の管理をしている患者に対し、脳アンギオを施行した。検査後、透析を施行し、シースを抜去した。安静中に穿刺部より出血があり、用手圧迫では止血困難であった。同日、血管外科に依頼し手術を施行したが、術後４日目に脳梗塞、心筋梗塞を併発した。患者は弁膜症に伴う心不全、心房細動、脳梗塞のため抗凝固療法中でハイリスク症例であった。抗凝固療法の早急な再開が困難であり脳梗塞、心筋梗塞を併発した。
4	腎生検	障害の可能性（高い）	ワーファリンを内服中の患者に対し腎生検が予定されていた。腎生検の５日前からワーファリンの内服を中止した。腎生検４日後、娘の名前を間違える、辻褄が合わないという娘の申し出により頭部ＣＴ検査を施行したところ、左側頭葉脳梗塞を認めた。
5	ＣＲＴ－Ｄの埋め込み	障害の可能性（高い）	拡張型心筋症に伴う心室頻拍のためＣＲＴ－Ｄ植え込み術を行うこととなり、内服していたワーファリンを手術直前に中止しヘパリンに切り替えた。手術後、出血の危険性が高いと判断し、ヘパリンの投与を４８時間ほど見合わせることとした。翌朝、軽度の左片麻痺を認め、見当識障害を認めたため頭部ＣＴ検査を施行したところ、右中大脳動脈領域の脳梗塞を認めた。
6	血栓溶解術	障害の可能性（高い）	胃の線腫に対する内視鏡的手術が予定されワーファリンの内服を中断していた患者は、緊急で右下肢動脈閉塞の精査目的で血管造影検査を開始した。右大腿骨から下腿にかけて血栓閉塞がみられ、ウロキナーゼを用いた血栓溶解術を開始した。血管造影を開始してから約２時間後、右片麻痺が出現し頭部ＣＴ検査を施行した。脳梗塞が疑われたが、バイタルサインの変動はなく、引き続き血栓溶解術を継続した。手術終了後、腹部ＣＴ検査を施行した結果、両側腎梗塞がみられた。翌日、頭部ＭＲＩ検査により脳梗塞再発を確認した。腎梗塞は今回の治療で発生したものとは考えられず、今朝より発症した右下肢動脈梗塞時には出現していたと考えられた。また、患者の既往歴より心原性の脳血栓症が発症したと考えられた。

注）医療事故事例の改善策については第２０回報告書１４１頁図表Ⅲ-2-18参照。

No.	行った又は予定された検査・手術・処置等	事故の程度	事例概要
7	抜釘	障害の可能性（高い）	患者は、骨折後の抜釘のため入院中であった。また、患者は、心臓弁置換術後、心房細動の合併があり抗凝固療法中であった。循環器科の指示により手術１２日前からバイアスピリン内服中止、７日前からワーファリン内服中止、３日前からヘパリンを投与した。手術当日、１４時からの手術に向けて８時からペパリン投与を中止した。その約４時間後、患者は、めまい、片麻痺、左瞳孔拡大、構音障害が出現し、頭部ＣＴ撮影の結果、小脳脳幹梗塞と診断された。
8	肝癌治療	障害の可能性（高い）	患者は、心房細動の既往があり、ワーファリンを内服していたが、肝臓癌治療のため中止していた。深夜、看護師は患者がベッドサイドに倒れているのを発見した。緊急頭部ＣＴ・ＭＲＩ検査の結果、脳梗塞と診断された。
9	胃ろう造設	障害の可能性（高い）	患者は年○月２０日に意識障害、左半盲出現、椎骨脳底動脈狭窄、右後大脳動脈領域の脳梗塞が指摘され、ワーファリン内服中であった。翌々月の１０日、下咽頭癌の治療として胃瘻造設を行うために、抗血小板薬中止、ヘパリン１００００単位/日を投与した。その２日後の１０時ヘパリン中止、１７時半頃、２２時頃に左上肢の脱力があったが、１時間以内に軽快した。１８時のＭＲＩでは明らかな新規梗塞巣は確認されず、胃瘻造設後のため抗凝固療法を再開しなかった。施行時期については、脳梗塞発症後約２か月という時点で抗血小板薬を中止して行った。
10	右肺摘出術	死亡	狭心症等の心疾患がありワーファリンを内服中の患者に、右肺摘出手術を行った。手術終了後、麻酔の覚醒が不良で挿管したままＩＣＵを退室した。その直後、右橈骨動脈が触れなくなったため、ＣＴ、ＭＲＩ検査を行い、右内頸動脈の完全閉塞を発見した。その他、右脳領域に広範な脳梗塞があり、遠位閉塞パターンを示すことから血栓か腫瘍が飛んだものと考えられた。患者は手術後４日目に死亡した。患者は、心疾患がある上に糖尿病の既往があり、患者にとってリスクが高い手術であった。

図表Ⅲ-2-47　検査・手術・処置等に伴う出血に関連した事例注)

No.	行った又は予定された検査・手術・処置等	事故の程度	事例概要
ワーファリンカリウムの内服状況や凝固機能に関する情報の把握なし			
1	抜歯	不明	ワーファリン内服中の患者は、定期的に歯科を受診しており、抜歯の必要が生じた。歯科医は、患者の直近の検査結果である半年前の血液凝固検査の結果を見て、抜歯ができる状態であると判断し、抜歯を行った。その後、止血状態が悪いため縫合止血したが、出血が止まらず、２回再縫合を行った。患者は、翌日の採血結果で貧血を認め、輸血療法を受けた。ワーファリン内服患者の定期的な凝固検査を実施していなかった。歯科医は、ワーファリン内服患者は凝固機能がコントロールされていると思い込んでいた。
2	生検	障害の可能性なし	ワーファリンを内服中の転移性骨腫瘍の患者に対し、日常的に行っている針生検術を骨盤から行った。検査後、患者は高度な貧血をきたし輸血を受けた。 医師は患者がワーファリンを内服中であることは知っていたが、生検直前にが増量され、易出血状態にあったことに気付かなかった。結果的にＰＴ―ＩＮＲが異常高値を示し、採血部位で著明な皮下出血を認めた。
3	生検	障害の可能性なし	ワーファリンを内服中の患者に対し、担当医は、舌の組織生検を行うこととした。主治医は組織生検を実施するにあたり、血液検査を実施した。生検を実施する際、電子カルテ上で血液検査結果を確認し、値は検査中と表示されていたが生検実施は可能と判断し、担当医と外来主治医の２人は、右側舌縁部から口底部にかけて組織生検を実施した。患者は、帰宅後、口腔内に出血を認め、救急外来に再来院した。舌及び右側顎下部から頸部にいたる血腫を認め舌動脈の塞栓術を実施した。担当医及び外来主治医は問診により患者がワーファリン３mg を内服中であることを認識していたが、検査結果を確認しなかった。
ワーファリンカリウムの内服状況や凝固機能に関する情報の把握あり			
4	透析療法開始のためのカテーテル留置	障害の可能性なし	ワーファリン内服中の患者は、心不全、腎不全の増悪により早期透析療法を開始するため、中心静脈ラインを挿入することとなった。医師Ａは、患者の右内径静脈をアプローチし、医師Ｂが３度穿刺したが、逆血が見られなかった。この時点では頸部の腫脹は認めなかった。開始から２時間後、穿刺部位を左大腿静脈に変更し中心静脈ラインを挿入した。その後、上席医師Ｃが頸部穿刺部の腫脹に気付き、血腫と判断し、医師Ａにより１時間、用手圧迫を行った。血腫の増大がないことを確認し、凝固検査を施行した。その後、血腫が増大し、透析を開始したが、ＨＲが低下し呼吸停止となり、患者は人工呼吸器による呼吸管理が必要となった。
5	心房細動に対するカテーテル心筋焼灼術	障害の可能性（低い）	前医で心房細動に対する薬物療法を受け、ワーファリンを内服中の患者は、カテーテル心筋焼灼術のため当院に入院した。心房細動に対するカテーテル心筋焼灼術を施行するため、右大腿静脈及び右内径静脈を穿刺し、シースを留置した。その後、冠静脈洞内にカテーテルを留置し、左房内にシースを留置した。その後、ヘパリン５０００単位を左房内に注入した。透視の左斜位像で心陰影の動きが低下したが、血圧は保たれており患者の症状もなかった。しかし心エコーで出血を疑う所見を認めた。プロタミン５０mg を静注後、患者の血圧が低下し、カテコラミンを投与したところ、血圧が上昇したため、胸壁から心嚢ドレーンを挿入した。ドレーンからは持続的に血液の流出（１０００mL）があった。
6	血管カテーテル検査	障害の可能性（低い）	左上腕アプローチで心臓カテーテル検査を行った。術後フォローアップを行った。３日後の朝の診察により穿刺部に血腫を認めた。その後の検査で仮性動脈瘤と診断した。穿刺周囲穿刺法は適切であった。患者は、ワーファリンやアスピリンを内服しており出血が生じやすい状況であった。

注）医療事故事例の改善策については第２０回報告書１４４頁図表Ⅲ-2-19参照。

No.	行った又は予定された検査・手術・処置等	事故の程度	事例概要
7	血管カテーテル検査	障害の可能性（低い）	患者は、右心カテーテル検査後、右大腿部に皮下血腫を認めた。静脈穿刺後の出血と判断し経過をみた。２週間後の血管エコーで動脈性出血が疑われ、緊急手術を行った。患者は、ワーファリン内服中であり肝機能も悪く出血をおこしやすい状況であった。
8	血管カテーテル検査	障害の可能性（低い）	ワーファリン内服中の患者は、甲状腺腫を認めていた。右心カテーテル検査を実施する際、これまでと同様に穿刺を行った。甲状腺腫はこれまでより大きく、内頸動脈と内頸静脈の間隔が狭まり、穿刺が成功するまでに数度の穿刺を要した。動脈への誤穿刺はなかった。通常通りの穿刺法でシースを挿入し、その後カテーテル検査を終了したが、穿刺部より内部に出血を認め、終了時には軽い血腫となっていた。
9	血管カテーテル検査	障害の可能性（高い）	ワーファリン内服中の患者に、カテーテル検査後、再出血、圧迫止血時間の延長、血腫増大を認めた。その後の手術等の経過の中で疼痛、しびれ等の神経障害が残った。
10	中咽頭癌に対する手術	障害の可能性（高い）	患者は、○月２４日中咽頭癌に対する手術を施行した。２８日よりＤＶＴ予防のため、ヘパリン１５０００単位、翌月１日よりワーファリン２．５mg の投与を開始した。３日よりヘパリンの量を２００００単位に増量した。４日の正午にヘパリンの投与を終了した。同日の夕方、患者は口腔内右側から出血し、当直医が診察したが、すでに止血しており、様子観察とした。翌日正午、患者は頚部苦痛を訴え、頸部及び頬部腫脹を認めた。喉頭ファイバーで診察後、デカドロン及び酸素投与を開始した。患者は、意識が朦朧とし、口腔内出血、凝血を多量に認め、呼吸停止及び心停止をきたした。緊急手術で頸部創を開創したところ、凝血塊で充満していた。
11	血管カテーテル検査	障害の可能性（高い）	患者はＣＡＧを実施する前日までワーファリンを内服していた。ＣＡＧの実施にあたり、左正中動脈にシースを挿入した。患者は挿入部から末梢にかけて疼痛を訴え、ＣＡＧ終了後も左手しびれを訴えた。翌日 、穿刺部に強い疼痛が出現し、エコーにより出血していることがわかった。その後、疼痛消失し、しびれの増強もなく経過していたが、２日後、患者は手の動きが悪いと訴えた。整形外科受診により、神経損傷も考えられるが、血腫の圧迫によるものも考えられるため、１ヶ月ほど経過観察となった。
12	血管造影検査	死亡	患者は、脳梗塞の他、心房細動、僧帽弁膜症、大動脈弁逆流、高血圧症、糖尿病（インスリン非依存性）等の疾患があり、ワーファリンも内服していた。この度、精査目的のため、血管造影検査及び右心カテーテル検査を実施したが、終了４時間後、患者は腰痛を訴えた。検査終了７時間後、圧迫全解除し、穿刺部に血腫がないことを確認した。その後、腹痛を訴えたため、腹部レントゲン撮影を実施した。その結果、便の貯留を認めたが、明らかな腹腔内の出血等を疑う所見は認められなかった。翌日、患者は右下腹部痛を訴え、嘔吐後意識消失、心停止、呼吸停止をきたした。腹部ＣＴ検査の結果、右後腹膜に多量の出血、右腎背部に大量の出血を認めた。また、穿刺部位付近に血腫はなく、腰動脈からの出血も疑われた。

（3）ワーファリンカリウムの内服状況や凝固機能に関する「情報の把握なし」の事例

1）事例が発生した医療機関の改善策について

①ワーファリンの使用・中止基準について、院内統一のものを循環器科で作成する。

②服用薬剤に応じた定期検査を実施する。

③処置・治療前の患者の状態に関する情報提供と情報交換を徹底する。

④ワーファリンや抗血小板剤等の易出血性の薬剤を服用している患者に生検を行う際は、必ず凝固機能検査を行い出血のリスクを十分検討する。

⑤症例検討を行っていない緊急の観血的処置や急患の対応は、外来の上級医が対応する。

（4）ワーファリンカリウムの内服状況や凝固機能に関する「情報の把握あり」の事例

1）検査・手術に伴う梗塞及び出血と事故の程度

検査・手術・処置等に伴う梗塞及び出血に関連した事例と事故の程度では、出血に対して、梗塞の事例の方が事故の程度に関し死亡や障害残存の可能性が高い事例が多かった（図表Ⅲ-２-４８）。

図表Ⅲ-２-４８　検査・手術・処置に伴う梗塞及び出血と事故の程度

事故の程度	梗塞（件）	出血（件）	その他（件）	合計（件）
死亡	1	1	0	2
障害残存の可能性高い	6	3	1	10
障害残存の可能性低い	1	4	0	5
障害残存の可能性なし	0	1	0	1
障害なし	0	0	0	0
不明	0	0	0	0
合計	8	9	1	18

2）事例が発生した医療機関の改善策について

凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の検査・手術・処置等に伴う梗塞及び出血に関連した事例が発生した医療機関の改善策を以下に示す。

ⅰ）梗塞を生じた事例の改善策

①患者の合併症を把握し、異常の前兆がないか綿密に観察する。

②抗凝固療法中の患者では、抗凝固剤の変更など細心の注意を払う。

③患者の病態評価を確認する。

ⅱ）出血を生じた事例の改善策

①可能な場合、ワーファリンカリウム内服を中止して検査を行う。

②抗凝固療法を行っている症例の術後管理を見直す。

（5）まとめ

ワーファリンカリウムを内服している患者に対する検査・手術・処置等による梗塞及び出血を防ぐには、内服状況や凝固機能を把握した上で、検査・手術・処置等に向けてどのように管理するかを検討することが必要である。

その一方で、ワーファリンカリウムを内服している患者は、検査・手術・処置等の実施にあたり慎重に凝固機能の管理を行った上で実施した場合でも、梗塞や出血を起した事例が報告されており、一定のリスクがあると考えられる。

3　共有すべき医療事故情報

【1】「共有すべき医療事故情報」

平成２１年１月１日から同年３月３１日までに報告された事故事例を分析班等において個別に検討する中で、広く共有すべきであると考えられた事例の概要等を図表Ⅲ-３-１に示す。

図表Ⅲ-３-１　共有すべき医療事故情報

概　要	内　容	掲　載
薬剤	**アルチバの急速投与に関連する事例が報告された。** 手術終了後、麻酔担当医は患者の十分な自発呼吸を認めたため、気管チューブを抜去した。麻酔担当医は輸液ボトルが空になっていることに気付き、新しい輸液ボトルに交換した。その後、回復室で患者をストレッチャーから病棟のベッドへ移動させる際、麻酔担当医と麻酔責任者が患者の意識消失・呼吸停止に気付いた。直ちに蘇生バックによる用手的人工呼吸を開始した。その後患者は自発呼吸が出現、意識レベルも改善した。原因として、手術終了時に持続投与を停止した全身麻酔用鎮痛剤アルチバ（レミフェンタニル）が輸液回路内に残存しており、輸液ボトルの交換によって一過性に急速過量投与されたことが考えられた。（KY021001）	第１７回報告書
その他	**酸素ボンベ残量の管理に関連した事例が報告された。** 人工呼吸器装着中の患者をＣＴ検査目的で移送した際、酸素ボンベの残量の確認を怠った。そのため、ジャクソンリースによる人工換気を行っていたが検査室前でボンベ内の酸素が切れ、ボンベを交換している最中に心肺停止状態となった。（KY021002）	
	ＭＲＩ検査のため、患者にベンチュリーマスクで酸素投与しながら搬送した。検査が終了したとの報告を受け、病棟看護師が迎えに行くと、酸素ボンベが空になっていた。（KY021003）	
その他	**酸素の中央配管供給に関連した事例が報告された。** 院内に酸素等を中央配管供給するシステムが故障し、その結果、酸素濃度が低い窒素合成ガスが流れた。（KY021004）	

【２】再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」

過去に公表した報告書において共有すべき医療事故情報として掲載し、平成２１年１月～３月において再び報告のあった事例の概要を図表Ⅲ-３-２に示す。

図表Ⅲ-３-２　共有すべき医療事故情報　（再掲分）

概　要	内　容	掲　載
薬剤	**末梢静脈から高濃度で投与されたメシル酸ガベキサートに関連した事例が報告された。**（平成１７年年報１６７頁、平成２０年年報２７６頁） 急性膵炎の治療目的として末梢からＦＯＹ（メシル酸ガベキサート）（生理食塩水５０mL＋ＦＯＹ１５００mg）を投与した。薬剤投与期間中、両手背の点滴漏れがあったが、腫脹は軽度であり、痛み・発赤がなかったため経過観察し、その後退院となった。５日後、右手背の腫脹・疼痛の訴えにより再入院となった。この時点では細菌感染による蜂窩織炎を疑い、約２週間治療を行った。その後も右手背の腫脹の程度は改善せず、左手背も腫脹したことから、皮膚科受診をしたところ、ＦＯＹによる血管、軟部組織障害と診断された。患者には、中心静脈カテーテルは留置されていたが、高カロリー輸液を投与していたため、ＦＯＹは末梢ラインからの単独投与を行っていた。また、注射用ＦＯＹの安全性情報によると末梢から点滴を行う場合、０.２％以下の濃度で使用することとなっているが、今回は約３％の濃度で投与を行った。（FK021001）	第１７回報告書
薬剤	**名称の類似による薬剤間違いが報告された。** （平成１７年年報１６７頁、平成１９年年報２０４頁、平成２０年年報２７７頁） 「エスカゾール」の処方を出したが薬剤科より「メルカゾール」が病棟に届いた。看護師２名でダブルチェックを行ったが、薬剤が違うことに気付かず、患者に投与した。１週間後の再処方で「エスカゾール」が病棟に届き、薬剤間違いに気付いた。（FK021002）	
	イトリゾールを投与する指示があり、看護師は薬剤部に取りに行った。薬剤師はワークシートに書いてあったイトリゾール１％２０mL をイソゾールだと思い、「イソゾールね」と言って看護師にイソゾールを渡した。看護師はそれをイトリゾールだと思って受け取った。看護師はイソゾールをイトリゾールだと思いゆっくり静脈注射した。翌日、薬剤部でイソゾールの在庫確認中、１本不足しており、薬剤を間違えたことに気付いた。（FK021003）	
	病棟定時処方を調剤する際、フェノバルビタール散１２０mg を間違えてフェニトインで秤量した。分包・鑑査においても誤りに気付かず病棟へ払い出し、患者に投与した。その後の血液検査でフェノバルビタールの血中濃度が低いため主治医が薬剤科へ連絡し、調剤する際、フェノバルビタール散とフェニトインを取り違えたことに気付いた。（FK021004）	

概　要	内　容	掲　載
薬剤	**薬剤アレルギーの情報伝達に関連した事例が報告された。** （平成１９年年報２０６頁、平成２０年年報２７５頁） 患者にペニシリン系抗生剤を使用することになった。前回入院時のサマリーにはアレルギーの記載がなかったため、サワシリンの投与を開始した。翌日より頸部を中心に発赤・発熱を認めたため、皮膚科医が診察を行ったが、薬疹には否定的であった。その後、過去のサマリーの患者情報欄にペニシリンアレルギーが記載されていたことに気付いた。（FK021005）	第１７回報告書
	患者が緊急入院した際、看護師Ａは患者にアレルギーはないことを確認した。しかし、前回入院時の情報にはアレルギー欄に「ボルタレン」と記載されていた。アレルギーがある場合は患者の個人ワークシートに記載することになっていたが、看護師Ａは個人ワークシートへの記載を忘れた。看護師Ａは主治医Ｂからの発熱時の指示がボルタレン座薬５０mg の入院指示を受けた。翌日、患者は発熱し、ロキソニン１錠を投与した。その後、看護師Ｃはインフルエンザの可能性も考慮し、当直医Ｄに症状を報告し、ボルタレン坐薬５０mg 投与の口頭指示を受けた。この時、当直医Ｄと看護師Ｃはアレルギー情報の有無の確認をしなかった。看護師Ｃは当直医Ｄから受けた指示を看護師Ｅに伝え、看護師Ｅが患者にボルタレン坐薬５０mg を投与した。その後、看護師Ｃが訪室すると、患者は蕁麻疹と呼吸困難等の症状が出現し、加療により症状は軽快した。看護師Ａは前回入院時の看護プロファイルのアレルギー欄にボルタレンが記載されていたことに気付いた。（FK021006）	
薬剤	**薬剤の有効期限に関連した事例が報告された。** （平成２０年年報２６５頁） ジゴシン酸０．１％は２００３年７月３０日に購入され、同年１１月４日に開封し、２００７年１２月３１日に期限切れとなった。２００９年１２月に散薬充填のため予備棚内を確認した際、期限切れを発見するまでの間、患者１３人に期限が切れたジゴシン酸を交付したことがわかった。（FK021007）	

概　要	内　容	掲　載
薬剤	**注射器に準備された薬剤を取り違えた事例が報告された。** （平成２０年年報２６６頁） トリプル負荷試験（朝食を食べずに、７時半よりインスリン、LH-RH、TRHをゆっくり静注し、３０分ごとに採血し２時間で終了の検査）を予定していた。注射薬を作成する際に２人で確認し、インスリンを１単位/mLにして作った１０mLのシリンジから、使用量１．１mL（１．１単位）をとり、LH-RH、TRH と混ぜて作成し、１０mL のシリンジに患者の名前を黒ペンで書いてトレーに置いた。残ったインスリン８．９mL（８．９単位）が入ったシリンジも並べて置いてあった。静注時に、実際投与するはずだった患者の名前の書いた混合液のシリンジではなく、インスリン８．９mL が入ったシリンジの方をとり、患者に投与したため、予定していた量より９倍近くインスリンが静注され、また LH-RH、TRH が投与されなかった。　（FK021008）	第１７回報告書
治療・処置	**手術の際、ガーゼカウントしたにも関わらず、体内に残存した事例が報告された。**（平成２０年年報２６７頁） 腹式子宮全摘術を施行し約３ヵ月後、発熱、腹痛があり救急車で他院に搬送された。そこで撮影された CT 画面上に異物が発見された。開腹手術にてガーゼを摘出した。手術の際にガーゼカウントを２回実施し、閉創前にレントゲン撮影を行っていた。　（FK021009）	
	胆管癌の手術終了前に直接介助・間接介助の看護師がガーゼカウントを行った。その後、手術終了後レントゲン撮影を行った際、ガーゼらしき影を発見したため、再開腹にて柄付きガーゼを摘出した。　（FK021010）	
	腹腔鏡下幽門側胃切除時にガーゼ遺残を疑いレントゲン確認を行ったが発見できなかった。術後経過の精査時にガーゼ遺残が発見された。不透過ガーゼ不足時にレントゲン写真を撮ることになっており、複数の医師で確認したが、ガーゼが椎体に重なっていた可能性があり発見できなかった。（FK021011）	
	食道亜全摘術等を施行した。胃管再建（胸骨後経路）施行し、頚部等のガーゼカウントがあっているか確認した。その後、開胸し、縦隔操作に入った。閉胸時にガーゼカウントし、術後レントゲンを確認した。５日後、微熱のため、精査目的に撮ったＣＴで縦隔内にあるガーゼを発見した。　（FK021012）	

概　要	内　容	掲　載
治療・処置	**眼科手術の際の眼内レンズの間違いに関連した事例が報告された。** （平成２０年年報２６７頁） 手術前日、眼内レンズの度数を計算し、カルテに＋１０．０Ｄと記載した。翌日手術直前に手術室で主治医が思い込みで＋２０．０Ｄの眼内レンズを選択し、その値を用紙に記入した。手術開始後、眼内レンズ開封前に主治医、指導医、看護師の３名で用紙と眼内レンズの箱の度数を最終確認をしたが、用紙の記載が間違っていたため気付かなかった。手術翌日の検査で大幅な度数のずれに気付いた。（FK021013）	第１７回報告書
治療・処置	**歯科診療の際の部位間違いの事例が報告された。** （平成２０年年報２６８頁） 患者はかかりつけ歯科医師から紹介され当院を受診した。歯科医師Ａは、上下左右の計４本の智歯は、いずれも抜歯適応と診断しカルテに記載した。この時、紹介状には３本の智歯と記載され実際には３本しかなかったのだが４本と誤認した。翌月、歯科医師Ａは右側上下智歯を抜歯した。その後担当は医師Ｂに交代し、約半年後、歯科医師Ｂは左側下智歯を抜歯した。抜歯の翌月、医師Ｂは左側上智歯を抜歯した後、患者の家族から「歯の数が合わない」と連絡が受けたため、初診時のレントゲン写真で確認したところ、左側上智歯はなく左側上顎第二大臼歯を誤って抜歯したことに気付いた。（FK021014）	
	左側下顎第二大臼歯を左側下顎埋状智歯と誤認し、抜歯した。患者は第二小臼歯がなく、第二乳臼歯が残っておりそれが第一大臼歯と似ていたため、研修医は第二乳臼歯を第一大臼歯と誤認し、その２つ隣の第二大臼歯を智歯と思い込んだ。通常、研修医は指導医とともに処置をするが、患者を待たせてはいけないと思い、単独で抜歯を開始した。（FK021015）	
	上顎過剰埋伏歯に対し、全身麻酔下で埋伏歯抜歯術、上顎左側乳中切歯抜歯術を施行した。手術の目的は、左側乳中切歯１本および左右の過剰埋伏歯各１本ずつ計３本の歯牙の抜歯であった。左側乳中切歯の抜歯を施行し、続いて左側の過剰埋伏歯の抜歯術を施行した。最後に、右側の過剰埋伏歯の抜歯を施行する際に、ＣＴ画像で事前に確認したところ、予測していた歯牙の向きよりも、明示した歯牙の歯冠はやや前方を向いている印象であり、歯冠の３次元的方向にやや違和感を感じたが、画像上の埋伏歯の位置と合致すると判断し同歯牙を抜歯した。しかし抜歯した歯牙は、埋伏歯ではなく未萌出の右側側切歯（後継永久歯）であったため、直ちに抜歯窩へ歯牙を整復し手術を終了した。（FK021016）	

概　要	内　容	掲　載
治療・処置	**電気メスと引火性の薬剤を併用した事例が報告された。** （平成２０年年報２６９頁） 開腹手術の際、手術台にシーツと四角布を敷き、その上に患者は仰臥位となり電気メス対極板を左大腿に貼付した。まず､消毒薬ベンクロジトＶエタノールにて手術野を消毒し、消毒薬の乾燥を待ってディスポーザブル覆布をかけた。次にメスで腹部正中の皮膚の切開をおこない、続いて電気メスにて同部位皮下の切開をはじめたところ､「ボン」という音と煙があがった。直ちに手術を一旦中止し覆布を除去したところ、患者の体幹右側面の四角布が青白い炎で燃焼しており、水をかけて消火した。患者の右側胸部から右側腹部にかけてⅡ度程度の熱傷を認めた。（FK021017）	第１７回報告書
医療機器	**小児患者への輸液ポンプを使用した持続点滴の際の血管外漏出により腫張等を起こした事例が報告された。** （平成１８年年報２０１頁、平成２０年年報２７７頁） 患児に輸液ポンプを使用して点滴治療を行っていた。入院２日後、輸液の血管外漏出により、留置針刺入部周辺である左足背全体にびらんが発生した。血管確保部の固定は、留置針刺入部が見えない方法で行っていた。そのため、観察が不十分となった。（FK021018）	
医療機器	**MRI（磁気共鳴画像）検査への磁性体の持ち込みに関する事例が報告された。** （平成１９年年報２０７頁、平成２０年年報２７９頁） 医師は患者にペースメーカーの有無を確認を怠りＭＲＩ検査の指示を出した。検査室で家族立会いのもと、財布、貴重品などの金属類がないかを確認し検査を開始した。次の検査を受ける別の患者にペースメーカーの有無を確認している際に、検査中の患者の家族から患者がペースメーカーを装着していることを聞き、検査を中止した。（FK021019） 患者のカルテには「メドトロ」（メドトロニック植え込み式ペースメーカー）、病名欄には完全房室ブロックと記載されていたが、脳外科の医師はカルテを確認せずMRIをオーダーした。看護師もカルテ、患者、家族に確認しなかった。MRI室で技師は患者の左前胸部を触って確認したが､脂肪で気付かなかった。撮影中、技師がカルテを確認し、ペースメーカー挿入患者であることがわかり検査を中止した。その後ペースメーカーに不具合はなかった。 （FK021020）	

概　要	内　容	掲　載
医療機器	**シリンジポンプ等の流量設定の桁間違いに関連した事例が報告された。** （平成２０年年報２７７頁） 指示のプロポフォールを輸液ポンプで１４mL/h に設定したと思い込み、開始した。輸液ポンプのアラームで訪床すると、プロポフォールが終了となっており、流量が１４０mL/h となっていた。（FK021021）	第１７回報告書
検査	**病理検体の取り扱いに関連した事例が報告された。** （平成２０年年報２７２頁） 左右の尿断端迅速診断においてオーダリング上は「臓器１：左尿管」、「臓器２：右尿管」、と入力されていたが依頼書には左右が逆に記載されており、病理部では依頼書の番号に従い診断し報告書を返却した。報告書には「＃１右尿管」、「＃２左尿管」とオーダー入力とおりの番号で臓器が表示されていた為、医師が左右逆に診断したのではないかと病理部に問い合わせたところ、オーダリングの不備（臓器番号と診断上の通し番号が混同しやすい画面になっている）が判明した。（FK021022）	
	甲状腺両葉の病変に対し、細胞診を実施するにあたり、助手がプレパラートを準備した。この時プレパラートに「左１，２」「右３，４」と記入した。術者はプレパラートの標記は確認しなかった。術者は右葉から穿刺し、助手がプレパラートの塗布を行った。検査終了後術者は穿刺した順番に、右葉病変の検体を１，２左葉病変の検体を３，４と記載した病理細胞診依頼書を作成した。１週間後、術者と助手が検査結果を確認したところ、プレパラートの表記と病理細胞診依頼書に表記された病変の左右が逆になっていることを指摘され、検体４から乳頭癌の診断が報告されたことがわかった。左右の検体をどのプレパラートに塗布したか確定できず、左右どちらに乳頭癌の病変があるか判断できない状態となった。（FK021023）	
	患者Ａと患者Ｂの細胞診検査を実施した。その後、手術予定の患者Ａの担当医から細胞診の標本を病理部の医師に再検査してほしいという依頼があった。病理部の細胞検査士が標本を確認したところ、患者Ｂと取り違えてラベルを貼った間違いに気付いた。その結果患者Ａの細胞診の結果と患者Ｂの細胞診の結果を反対に報告したことがわかった。（FK021024）	

概　要	内　容	掲　載
療養上の世話	**療養上の世話における熱傷の事例が報告された。** （平成１９年年報２１２頁、平成２０年年報２８０頁） 患者の足浴のため病室の洗面台から湯をビニール袋に入れた。感染症患者であり、病室には温度計がなく温度の設定をしなかった。また、手袋を装着して準備をしたため湯の熱さはわからなかった。足を湯に３分程度つけたあと、指間の皮膚が剥離した。（FK021025）	第１７回報告書
	患者の右第５趾に水泡を発見し処置をした。翌日びらんが右第５趾から足背、足底（１０cm ×１０cm 程度）に広がっていた。皮膚科受診し、低温熱傷と判断された。原因はビニール袋に入れた清拭タオルが患者の足元にあったことだと推測された。清拭タオルはビニール袋に入れていたが、冷めるのを防ぐため、患者の準備が整うまで布団の足元に入れて保温しておくことが習慣になっていた。（FK021026）	
療養上の世話	**禁忌食品の配膳間違いの事例が報告された。** （平成２０年年報２７２頁） 大豆アレルギーの既往がある患者に対して、大豆エキス入りの高カロリー食（栄養剤）が配膳され、患者が摂取した。カルテ上では大豆禁食になっていたが、患者の既往に大豆アレルギーがあるという情報が共有されておらず、配膳された食事内容の確認が十分でなかった。（FK021027）	
その他	**施設管理に関連した事例が報告された。** （平成１９年年報２０９頁、平成２０年年報２８１頁） 僧帽弁再置換術の手術中、手術室照明、人工心肺装置、マルチメディア、透析装置以外の電気供給がされなくなった（麻酔器、手術台、超音波診断装置、シリンジポンプ、電気メス、超音波メス、急速加温補液装置、除細動器、冷温水槽、自己血回収装置、吸引器、ウオームタッチ、光源装置、無影燈が使えなかった）。配電盤を調べるとブレーカーがオフになっており、単一配線より消費電力の高い機器を使用したため過容量となったことがわかった。（FK021028）	
	病院の保安業務に伴う点検の為、受精卵培養器等の仮設電源への切換えを行った。培養器には受精卵５個が入っていた。点検作業が終了し、仮設電源から本電源への切換えを行った。いずれも業者と医師が立ち会った。次の日の朝、胚培養士が培養器の電源がオフになっていることを発見した。（FK021029）	

4　再発・類似事例の発生状況

本事業では、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例を収集し、個別のテーマに関する医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を併せて総合的に検討・分析を行い、更に、個別のテーマの他に「共有すべき医療事故情報」や「医療安全情報」により、広く共有すべき医療事故情報などを取り上げ公表してきた。

ここでは、これまで個別のテーマや「共有すべき医療事故情報」、「医療安全情報」として取り上げた再発・類似事例の発生状況について取りまとめた。

【1】概況

第１８回報告書では、これまで提供した「医療安全情報」において、本報告書分析対象期間（平成２１年４月１日～６月３０日）に報告された類似事例は、８項目１０件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「ＭＲＩ検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」が２件、「伝達されなかった指示変更」が２件であった。また、これまで取り上げた「共有すべき医療事故情報」において本報告書分析対象期間に報告された類似事例は、１９項目４０件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、ガベキサートメシル酸塩を使用する際に輸液が血管外に漏出した事例が４件、療養上の世話において熱傷をきたした事例が２件、熱傷に関する事例（療養上の世話以外）が３件、小児への薬剤倍量間違いの事例が３件、アレルギーの既往がわかっている薬剤を投与した事例が４件、体内にガーゼが残存した事例が１０件、検体に関連した事例が２件であった。第１８回報告書分析対象期間において発生した類似事例のうち、医療安全情報に取り上げた「ＭＲＩ検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」、「誤った患者への輸血」、「伝達されなかった指示変更」、「口頭指示による薬剤量間違い」、共有すべき医療事故情報で取り上げた「禁忌食品の配膳間違い」について事例の詳細を紹介した。

第１９回報告書では、これまで提供した「医療安全情報」において、本報告書分析対象期間（平成２１年７月～９月）に報告された類似事例は、１０項目１４件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔」が２件、「インスリン単位の誤解」が２件、「手術部位の左右取り違え」が３件であった。また、これまで取り上げた「共有すべき医療事故情報」において本報告書分析対象期間に報告された類似事例は、１３項目３０件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、熱傷に関する事例（療養上の世話以外）が２件、ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例が３件、体内にガーゼが残存した事例が１１件、シリンジポンプ等の流量設定の桁数間違いに関連する事例が２件、検体に関連した事例が４件報告された。第１９回報告書分析対象期間において発生した類似事例のうち、医療安全情報に取り上げた「グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔」、「誤ったドレーン・カテーテルへの接続」、「注射器に準備された薬剤の取り違え」、「処方表記の解釈の違いによる薬剤間違い」、共有すべき医療事故情報で取り上げた「セントラルモニター受信患者の間違い」について事例詳細を紹介する。

第２０回報告書では、これまで提供した「医療安全情報」において、本報告書分析対象期間（平成２１年１０月～１２月）に報告された類似事例は、１１項目１６件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「インスリン単位の誤解」が２件、「小児の輸液の血管外漏出」が４件、「処

方入力の際の単位間違い」が２件であった。また、これまで取り上げた「共有すべき医療事故情報」において本報告書分析対象期間に報告された類似事例は、１５項目３３件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「療養上の世話」において熱傷をきたした事例」が２件、「左右を取り違えた事例」が２件、「熱傷に関する事例（療養上の世話以外）」が６件、「体内にガーゼが残存した事例」が９件、「シリンジポンプ等の流量設定の桁数間違いに関連した事例」が３件、「検体に関連した事例」が２件報告された。第２０回報告書分析対象期間において発生した類似事例のうち、医療安全情報に取り上げた「製剤の総量と有効成分の量の間違い」、「処方入力の際の単位間違い」、「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」、共有すべき医療事故情報で取り上げた「電話による情報伝達間違い」、「セントラルモニター受信患者間違い」について事例の詳細を紹介する。

「医療安全情報」及び「共有すべき医療事故情報」に取り上げた類似事例の報告件数を図表Ⅲ-４-１に示す。

図表Ⅲ-4-1　平成２１年４月から１２月に報告された再発・類似事例

内　容	件　数			出　典
	第 18 回	第 19 回	第 20 回	
グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔	0	2	0	医療安全情報No. 3（平成 19 年 2 月）
薬剤の取り違え	1	0	0	医療安全情報No. 4（平成 19 年 3 月）
インスリン単位の誤解	0	2	2	医療安全情報No. 6（平成 19 年 5 月）
小児の輸液の血管外漏出	0	0	4	医療安全情報No. 7（平成 19 年 6 月）
手術部位の左右取り違え	0	3	1	医療安全情報No. 8（平成 19 年 7 月）
製剤の総量と有効成分の量の間違い	0	0	1	医療安全情報No. 9（平成 19 年 8 月）
MRI 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み	2	1	0	医療安全情報No. 10（平成 19 年 9 月）
誤った患者への輸血	1	0	1	医療安全情報No. 11（平成 19 年 10 月）
間違ったカテーテル・ドレーンの接続	1	1	0	医療安全情報No. 14（平成 20 年 1 月）
注射器に準備された薬剤の取り違え	0	1	1	医療安全情報No. 15（平成 20 年 2 月）
湯たんぽ使用時の熱傷	1	0	0	医療安全情報No. 17（平成 20 年 4 月）
処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い	0	1	0	医療安全情報No. 18（平成 20 年 5 月）
伝達されなかった指示変更	2	0	1	医療安全情報No. 20（平成 20 年 7 月）
処方入力の際の単位間違い	1	1	2	医療安全情報No. 23（平成 20 年 10 月）
口頭指示による薬剤量間違い	1	1	0	医療安全情報No. 27（平成 21 年 2 月）
小児への薬剤量 10 倍間違い	0	1	1	医療安全情報No. 29（平成 21 年 4 月）
アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与	4	0	1	医療安全情報No. 30（平成 21 年 5 月）
ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出	4	1	1	医療安全情報No. 33（平成 21 年 8 月）
薬剤の名称が類似していることにより取り違えた事例	0	1	0	共有すべき医療事故情報（第 3 回報告書）
「療養上の世話」において熱傷をきたした事例	2	1	2	共有すべき医療事故情報（第 5 回報告書）
抗凝固剤（ワーファリン）を内服している患者に対して中止や開始の指示伝達が不十分で出血や梗塞等を来たした事例	1	0	0	共有すべき医療事故情報（第 6 回報告書）
左右を取り違えた事例	0	0	2	共有すべき医療事故情報（第 8 回報告書）
熱傷に関する事例（療養上の世話以外）	3	2	6	共有すべき医療事故情報（第 9 回報告書）
外形の類似による薬剤間違いの事例	0	0	1	共有すべき医療事故情報（第 9 回報告書）
注射器に準備された薬剤の取り違えの事例（名前の記載なし）	1	0	0	共有すべき医療事故情報（第 10 回報告書）
小児への薬剤倍量違いの事例	3	0	0	共有すべき医療事故情報（第 10 回報告書）
投与目的とは異なる場所へ輸液等を投与した事例	1	0	0	共有すべき医療事故情報（第 10 回報告書）
電話による情報伝達間違い	0	0	1	共有すべき医療事故情報（第 10 回報告書）
化学療法において腫瘍用薬を非投与日に投与した事例	1	0	0	共有すべき医療事故情報（第 11 回報告書）
ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例	1	3	1	共有すべき医療事故情報（第 11 回報告書）
三方活栓の閉塞や接続ハズレなどの使用に関する事例	0	1	0	共有すべき医療事故情報（第 11 回報告書）
施設管理の事例	0	1	0	共有すべき医療事故情報（第 11 回報告書）
未滅菌の医療材料・器材を使用した事例	0	0	1	共有すべき医療事故情報（第 11 回報告書）
薬剤の注入経路を誤って投与した事例	0	1	0	共有すべき医療事故情報（第 12 回報告書）
人工呼吸器の回路接続間違いの事例	0	0	1	共有すべき医療事故情報（第 12 回報告書）
血糖測定器の不適切な使用に関連した事例	1	0	0	共有すべき医療事故情報（第 13 回報告書）
ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例	1	1	1	共有すべき医療事故情報（第 13 回報告書）
ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例	0	0	1	共有すべき医療事故情報（第 13 回報告書）
体内にガーゼが残存した事例	10	11	9	共有すべき医療事故情報（第 14 回報告書）
シリンジポンプ等の流量設定の桁数間違いに関連する事例	1	2	3	共有すべき医療事故情報（第 14 回報告書）
検体に関連した事例	2	4	2	共有すべき医療事故情報（第 15 回報告書）
眼内レンズに関連した事例	1	0	0	共有すべき医療事故情報（第 15 回報告書）

内　容	件　数			出　典
	第 18 回	第 19 回	第 20 回	
アレルギーに関連した事例	0	0	1	共有すべき医療事故情報（第 15 回報告書）
禁忌食品の配膳間違い	1	0	0	共有すべき医療事故情報（第 15 回報告書）
希釈して使用する薬剤の量を間違えた事例	1	0	0	共有すべき医療事故情報（第 16 回報告書）
セントラルモニターの受信患者間違い	0	1	1	共有すべき医療事故情報（第 16 回報告書）
アルチバ（レミフェンタニル）に関連した事例	1	0	0	共有すべき医療事故情報（第 17 回報告書）

【2】「ＭＲＩ検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」（医療安全情報No.１０）について

（1）発生状況

医療安全情報No.１０（平成１９年９月提供）では、「ＭＲＩ検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」（医療安全情報掲載件数２件　集計期間：平成１６年１０月１日～平成１９年３月３１日）を取り上げた。ＭＲＩ検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込みに関する事例は、平成１７年に１件、１９年に２件、平成２０年に１件報告された。平成２１年１月～６月では４件報告され、そのうち、第１８回報告書分析対象期間（平成２１年４月～６月）に報告された事例は２件であった（図表Ⅲ-４-２）。

図表Ⅲ-４-２　「ＭＲＩ検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
平成１６年				0	0
平成１７年	0	0	1	0	1
平成１８年	0	0	0	0	0
平成１９年	1	0	0	1	2
平成２０年	1	0	0	0	1
平成２１年	2	2	―	―	4

図表Ⅲ-４-３　医療安全情報No.10「ＭＲＩ検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.10　2007年9月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.10　2007年9月

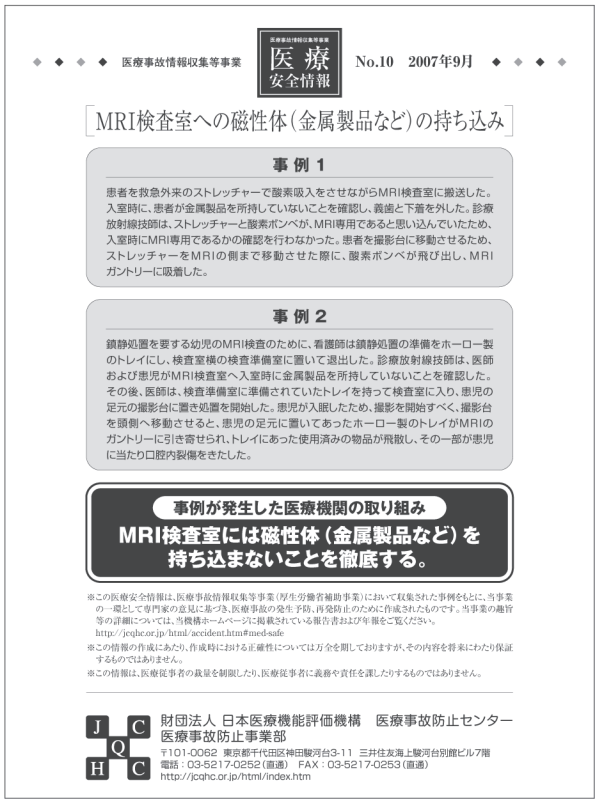
MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み

MRI検査室内への磁性体（金属製品など）の持ち込みに伴う事故が2件報告されています（集計期間:2004年10月1日～2007年3月31日、第9回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

MRI検査室には、患者および医療従事者が磁性体（金属製品など）を持ち込まないことの徹底が必要です。

MRI室に持ち込まれた磁性体（金属製品など）
酸素ボンベ
ホーロー注）製のトレイ

注）ホーローは、金属とガラス成分から構成されており、磁性体（磁力引き寄せられる性質を持つ物質）です。


医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.10　2007年9月

MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み

事例１

患者を救急外来のストレッチャーで酸素吸入をさせながらMRI検査室に搬送した。入室時に、患者が金属製品を所持していないことを確認し、義歯と下着を外した。診療放射線技師は、ストレッチャーと酸素ボンベが、MRI専用であると思い込んでいたため、入室時にMRI専用であるかの確認を行わなかった。患者を撮影台に移動させるため、ストレッチャーをMRIの側まで移動させた際に、酸素ボンベが飛び出し、MRIガントリーに吸着した。

事例２

鎮静処置を要する幼児のMRI検査のために、看護師は鎮静処置の準備をホーロー製のトレイにし、検査室横の検査準備室に置いて退出した。診療放射線技師は、医師および患児がMRI検査室へ入室時に金属製品を所持していないことを確認した。その後、医師は、検査準備室に準備されていたトレイを持って検査室に入り、患児の足元の撮影台に置き処置を開始した。患児が入眠したため、撮影を開始すべく、撮影台を頭側へ移動させると、患児の足元に置いてあったホーロー製のトレイがMRIのガントリーに引き寄せられ、トレイにあった使用済みの物品が飛散し、その一部が患児に当たり口腔内裂傷をきたした。

事例が発生した医療機関の取り組み
MRI検査室には磁性体（金属製品など）を持ち込まないことを徹底する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
http://jcqhc.or.jp/html/index.htm

（2）事例概要

第１８回報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

夜間救急外来に搬送された患者にＭＲＩ検査を施行することとなった。救急外来で看護師Ａは ＭＲＩ用ストレッチャーに患者を移し、身体に磁性体となる物が付いていないか看護師Ｂとダブルチェックを行った。また、患者は経鼻より酸素を投与していたため、カニューレを中央配管から移動用酸素ボンベに替え、酸素ボンベはストレッチャーの下の架台に収納した。

看護師Ａは患者をＭＲＩ室に搬送し、放射線技師と再度磁性体の有無を口頭で確認した。ストレッチャーが検査台に近づいたところで、ストレッチャーの下にあった酸素ボンベがガントリー内に４時の方向で吸着した。患者に危害はなかった。

看護師Ａと放射線技師は、磁性体の有無を確認する際、院内で決められたチェックリストを使用せずに口頭で行い、マニュアルで決められている金属探知棒も使用しなかった。また、酸素ボンベがＭＲＩ対応の物でなく、酸素ボンベがストレッチャーの下にあり視界に入りにくかった。放射線技師は、緊急のＭＲＩ検査であったため緊張していた。看護師Ａは、育児休暇明けであり、入室時のマニュアルがあることを知らなかった。

事例２

ＭＲＩ検査の際、担当技師がベッドをガントリーから出し、続いて研修医が造影剤を投与するためガントリーに近づいた。この時、髪の毛をとめていた髪留め（金属性）がガントリー内に飛び込んだ。患者に危害がないことを目視と問診で確認し、続いて飛び込んだ髪留めを回収した。研修医は、ＭＲＩ検査を担当する前に、放射線科担当医師によるオリエンテーションを受けており、危険性を十分に認識していたが、実際のＭＲＩ検査の前に、髪留め（金属性）を取り外し忘れ、検査室に入室し、引き付けられることに気が付いた時にはガントリー内に髪留めが飛び込んでいた。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

１）ＭＲＩ実施時に行うべきこと

①　ＭＲＩ検査業務に従事する前に、確実に金属類を取り外す。

②　金属探知器を用いて金属類の残存を確認する。

③　金属類の残存がないことを確認した者は実施者サインを記載する。

④　ＭＲＩ対応酸素ボンベを使用する。

２）教育や当該事例周知に関すること

①　医療安全管理マニュアルにＭＲＩ実施時に行うべきことを追加掲載した。

②　マニュアルの周知と徹底、定期的な検証を行う。

③　中途入職者や復帰者へのオリエンテーションを構築する。

（4）まとめ

平成１９年９月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、ＭＲＩ検査室には磁性体（金属製品など）を持ち込まないことを徹底することを掲載した。

その後、平成２１年では半年に４件の類似事例の報告があり、類似事例の発生が続いている。

ＭＲＩ検査室への磁性体の持ち込みを防ぐ方法として、第１８回報告書分析対象期間内に報告された２事例の医療機関では、より具体的な対策に取り組むことを報告しており、本稿の中でそれを紹介した。今後も、引き続き類似事例発生の動向に注目していく。

【3】「誤った患者への輸血」（医療安全情報№１１）について

（1）発生状況

医療安全情報№１１（平成１９年１０月提供）では、「誤った患者への輸血」（医療安全情報掲載件数６件　集計期間：平成１６年１０月１日～平成１９年６月３０日）を取り上げた。誤った患者への輸血に関連した事例は、平成１７年に１件、平成１８年に３件、平成１９年に２件、平成２０年に１件報告された。平成２１年１月～６月では１件報告され、これは、第１８回報告書分析対象期間（平成２１年４月～６月）に報告された事例であった（図表Ⅲ-４-４）。

図表Ⅲ-４-４　「誤った患者への輸血」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
平成１６年				0	0
平成１７年	0	1	0	0	1
平成１８年	1	1	0	1	3
平成１９年	2	0	0	0	2
平成２０年	0	1	0	0	1
平成２１年	0	1	―	―	1

図表Ⅲ-４-５　医療安全情報№11「誤った患者への輸血」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.11　2007年10月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.11　2007年10月

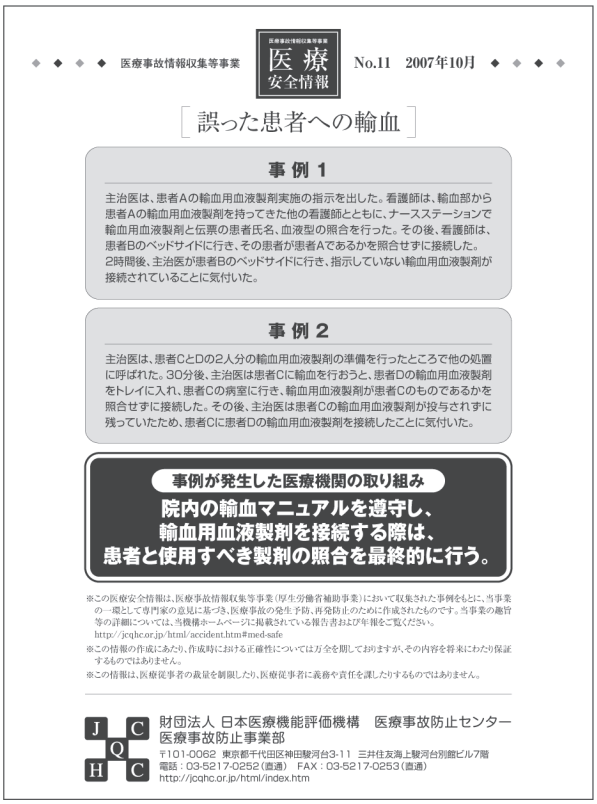
誤った患者への輸血

輸血療法施行時に患者を誤った事例が8件報告されています。（集計期間:2004年10月1日～2007年6月30日。第9回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

報告事例のうち6件は、輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行わなかった事例です。

〈事例1のイメージ図〉

◆報告された事例6件のうち5件は、ナースステーションなどで輸血伝票やカルテなどと輸血用血液製剤の照合を行っていましたが、患者と製剤の照合を行わなかった事例です。


医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.11　2007年10月

誤った患者への輸血

事例１

主治医は、患者Aの輸血用血液製剤実施の指示を出した。看護師は、輸血部から患者Aの輸血用血液製剤を持ってきた他の看護師とともに、ナースステーションで輸血用血液製剤と伝票の患者氏名、血液型の照合を行った。その後、看護師は、患者Bのベッドサイドに行き、その患者が患者Aであるかを照合せずに接続した。2時間後、主治医が患者Bのベッドサイドに行き、指示していない輸血用血液製剤が接続されていることに気付いた。

事例２

主治医は、患者CとDの2人分の輸血用血液製剤の準備を行ったところで他の処置に呼ばれた。30分後、主治医は患者Cに輸血を行おうと、患者Dの輸血用血液製剤をトレイに入れ、患者Cの病室に行き、輸血用血液製剤が患者Cのものであるかを照合せずに接続した。その後、主治医は患者Cの輸血用血液製剤が投与されずに残っていたため、患者Cに患者Dの輸血用血液製剤を接続したことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

院内の輸血マニュアルを遵守し、輸血用血液製剤を接続する際は、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行う。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
http://jcqhc.or.jp/html/index.htm

（2）事例概要

第１８回報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

外来処置室で自己の血液細胞を使った細胞製剤の１００mL 投与を予定している患者が２名いた。患者Ａは来院後に点滴を開始した。スタッフが患者Ａと患者Ｂの細胞製剤を外来処置室に届けた。看護師Ｃは、そのスタッフと共に、連絡伝票と細胞製剤を照合し、外来処置室の処置台に２名分の細胞製剤を置いた。この時、外来処置室には患者Ｂは来ていなかった。看護師Ｃが、細胞製剤を取り出しているところに、患者Ａの担当看護師Ｄが来たため、引き継いだ。看護師Ｄは処置台に置いてあった細胞製剤の２つとも患者Ａに使用するものと思い、細胞製剤に輸血用ラインを付け、患者Ａに名前を名乗ってもらい、輸血ラインを接続した。２分後、患者Ａから細胞製剤に記載されている名前が違うと指摘され、患者Ａに患者Ｂの細胞製剤を接続したことに気付いた。

細胞製剤は、１００mL の生理食塩水の点滴バックに詰め替えており、内容物が白濁しているため生理食塩水ではないことは明らかだが、外見は１００mL の生理食塩水のバッグで、患者名を記載したラベルが貼付されているが、潜在的に見逃される可能性があった。細胞製剤の払出しや受け渡しについては、マニュアルがなく、細胞製剤を１人ずつ届けるシステムになっていなかった。また、臨床試験では、通常準備される点滴ラベルや指示書の発行がなかった。更に、外来通常業務量が比較的ピークに達する時間帯に臨床試験の治療が重なっていた。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

① 患者確認の手順を再度確認し毎回遵守する。
② 携帯端末機を活用した患者認識、製剤照合のシステムの導入を検討する。
③ 看護師などの入れ替えに配慮した定期的に勉強会を開催し、臨床試験の概要や実施、リスクについての理解や知識を深める。
④ 外来処置室での投与を中止し、輸血部の指導、管理下で細胞製剤療法を行うことを検討する。

（4）まとめ

平成１９年１０月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、院内の輸血マニュアルを遵守し、輸血用血液製剤を接続する際は、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行うことを掲載した。

第１８回報告書分析対象期間内に報告を行った医療機関では、照合の手順の整備などを行うことや治療を行う医療従事者に対し、治療内容を適切に伝達・教育する必要性を改善策としてあげている。

今後も、引き続き類似事例発生の動向に注目していく。

【4】「伝達されなかった指示変更」（医療安全情報№.２０）について

（1）発生状況

医療安全情報№.２０（平成２０年７月提供）では、「伝達されなかった指示変更」を取り上げた（医療安全情報掲載件数２件　集計期間：平成１８年１月１日～平成２０年４月３０日）。関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例は、平成１８年に１件、平成１９年に１件、平成２０年に１件報告された。平成２１年１月～６月では２件報告され、これらは、第１８回報告書分析対象期間（平成２１年４月～６月）に報告された事例であった（図表Ⅲ-４-６）。

図表Ⅲ-４-６　「伝達されなかった指示変更」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
平成１６年				0	0
平成１７年	0	0	0	0	0
平成１８年	0	0	0	1	1
平成１９年	0	1	0	0	1
平成２０年	0	1	—	0	1
平成２１年	0	2	0	—	2

図表Ⅲ-４-７　医療安全情報№.20「伝達されなかった指示変更」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.20　2008年7月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.20　2008年7月

伝達されなかった指示変更

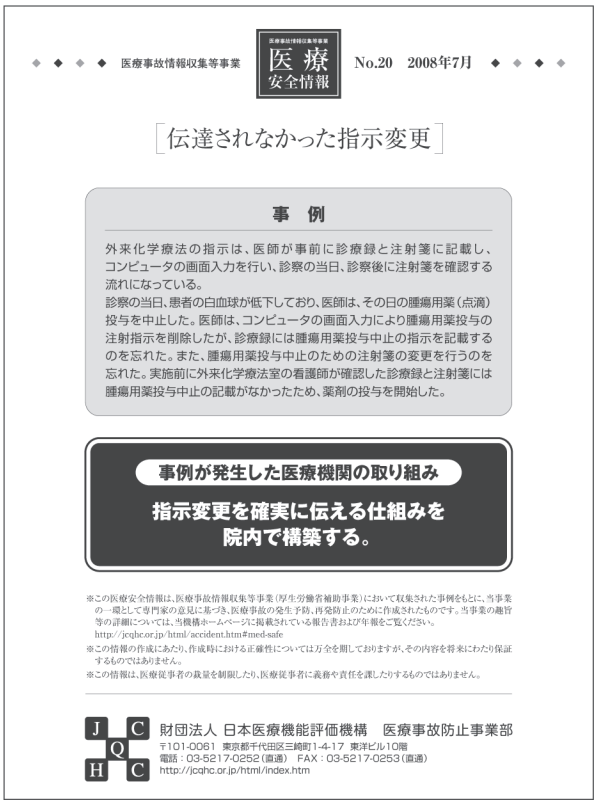
関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例が2件報告されています。（集計期間:2006年1月1日～2008年4月30日、第10回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例が報告されています。

変更前の指示	変更内容	変更すべきもの	実施の状況
腫瘍用薬の投与	投与の中止	注射指示（画面入力）	変更した（医事課に伝わった）
		診療録	変更していない
		注射箋	変更していない
右眼の手術	左眼に訂正	病棟での術前点眼	変更した
		手術申込み	変更していない
		診療録	変更していない

外来化学療法室に伝わっていない

手術室に伝わっていない



医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.20　2008年7月

伝達されなかった指示変更

事　例

外来化学療法の指示は、医師が事前に診療録と注射箋に記載し、コンピュータの画面入力を行い、診察の当日、診察後に注射箋を確認する流れになっている。
診察の当日、患者の白血球が低下しており、医師は、その日の腫瘍用薬（点滴）投与を中止した。医師は、コンピュータの画面入力により腫瘍用薬投与の注射指示を削除したが、診療録には腫瘍用薬投与中止の指示を記載するのを忘れた。また、腫瘍用薬投与中止のための注射箋の変更を行うのを忘れた。実施前に外来化学療法室の看護師が確認した診療録と注射箋には腫瘍用薬投与中止の記載がなかったため、薬剤の投与を開始した。

事例が発生した医療機関の取り組み

指示変更を確実に伝える仕組みを院内で構築する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部
〒101-0061　東京都千代田区三崎町1-4-17　東洋ビル10階
電話：03-5217-0252（直通）　FAX：03-5217-0253（直通）
http://jcqhc.or.jp/html/index.htm

（2）事例概要

第１８回報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

腎機能障害の患者に対し、プレドニゾロン１５mg 内服を開始した。その後、加療目的で当院内科に入院し、ステロイドパルス療法を２日間行った。パルス療法の間、プレドニゾロン内服を中止していた。パルス療法終了後、プレドニゾロン内服を再開する指示をしていたが、医師、看護師、薬剤師間の連携が悪く再開されていなかった。パルス療法の２日後、腎機能の悪化が進行し、肺炎を合併した。その後、血液透析を週３回行ない、肺炎に対し抗生剤治療も行ったが、呼吸状態やＸ線写真上の改善にも関わらず炎症反応が続いた。パルス療法終了１０日後、薬を改めて見直したところプレドニゾロンを内服していないことに気付いた。医師は、入院時に患者が残薬を相当量持参したと思い込んでおり、内服を再開する指示をしていたが、処方をしなかった。薬剤師は患者から直接得た情報を医師や看護師に伝えなかった。看護師間では、日勤と準夜勤との間での指示受けのルールが守られず、医師と看護師間での残薬確認に関するルールも守られていなかった。

事例２

研修医Ａは主治医Ｂの監督下で、患者に対し生食にフェンタニルを混ぜたものを、シリンジポンプにより６mL/h で持続静注投与し、看護師が８時間ごとにシリンジを更新していた。これを１日ごとの更新にするため、研修医Ａはフェンタニルの濃度を３倍に流速を２mL/h に変更し翌日から投与する注射指示を当日に入力した。この時、研修医Ａは、注射指示簿の更新を行わず、注射濃度・流速が変更となっていることを看護師にも報告しなかった。当日のリーダーであった看護師Ｃは、患者にフェンタニルの指示があることを確認したが、組成と流量が変更されていることを確認しなかった。翌日の早朝、フェンタニルの輸液を更新する際、研修医Ｄは注射指示通りに調製した。看護師Ｅと看護師Ｆは、ラベルと注射指示簿でダブルチェックを行った。流量を確認する段階で看護師Ｅと看護師Ｆは、これまで６mL/h で持続投与されており、流量・組成変更の申し送りがないため、ラベルに２mL/h と記載されていたが６mL/h と書き直した上で患者に投与した。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

① 医療者間の連携及び相互に注意を喚起するシステムを構築する。
② 重要薬剤をシリンジポンプで投与する場合、注射オーダー及び指示を主治医と病棟スタッフで確認する。
③ 指示受け看護師は、流量・投与量の変更を含めた確認を行う。

（4）まとめ

平成２０年７月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、指示変更を確実に伝える仕組みを院内で構築することを掲載した。

その後、平成２１年では半年に２件の類似事例が報告され、その医療機関では、医療者間の連携及び相互に注意を喚起するシステムを構築するための具体的な改善策について検討が行われている。

第１８回報告書分析対象期間内に報告された２事例とも、情報を発信する側と受け取る側での認識の違いや、情報を発信する側が１つの変更に対して複数の指示を行わなくてはならない点が背景となっている。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。

【５】「口頭指示による薬剤量間違い」（医療安全情報№２７）について

（１）発生状況

医療安全情報№２７（平成 21 年２月提供）では、「口頭指示による薬剤量間違い」を取り上げた（医療安全情報掲載件数２件　集計期間：平成１８年１月１日～平成２０年１１月３０日）。口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例は、平成１８年に１件、平成１９年に１件報告された。平成２１年１月～６月では１件報告され、これは、第１８回報告書分析対象期間（平成２１年４月～６月）に報告された事例であった（図表Ⅲ-４-８）。

図表Ⅲ-４-８　「口頭指示による薬剤量間違い」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
平成１６年				0	0
平成１７年	0	0	0	0	0
平成１８年	1	0	0	0	1
平成１９年	0	0	0	1	1
平成２０年	0	0	0	0	0
平成２１年	0	1	―	―	1

図表Ⅲ-４-９　医療安全情報№ 27「口頭指示による薬剤量間違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.27　2009年2月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.27　2009年2月

口頭指示による薬剤量間違い

口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例が2件報告されています。（集計期間：2006年1月1日～2008年11月30日、第13回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例が報告されています。

医師の口頭指示	医師が意図したもの	実際に投与したもの
「ラシックス1ミリ」	ラシックス 1mg	ラシックス 1mL（10mg）
「エフェドリン2ミリ」	生理食塩水9mLで10倍に希釈したエフェドリン 2mL（エフェドリンとして8mg）	希釈していないエフェドリン 2mL（80mg）

医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.27　2009年2月

口頭指示による薬剤量間違い

事例１

新生児に対し、医師Aは、ラシックスを1mg静脈注射することを意図して「ラシックスを1ミリ投与してください」と、口頭で医師Bに指示をした。医師Bは、ラシックス1mL（10mg）を患者に投与した。

事例２

当該部署では、エフェドリンを使用する際は、エフェドリン「ナガキ」1アンプル1mL（40mg/mL）を生理食塩水9mLで希釈している。患者に対し、医師Cは希釈したエフェドリン2mL（エフェドリンとして8mg）投与することを意図して「エフェドリン2ミリ投与してください」と、口頭で医師Dに指示をした。医師Dは、希釈していないエフェドリン2mL（80mg）を患者に投与した。

事例が発生した医療機関の取り組み

やむを得ず口頭指示を行う際は、薬剤の単位を省略せず、明確に量や条件を伝える。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://www.jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10階
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
http://www.jcqhc.or.jp/html/index.htm

（2）事例概要

第１８回報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

術後、鎮痛薬としてケタラールの持続静注３mg（０．３mL）を予定していた。麻酔医Ａに対して麻酔責任医師Ｂが「時間あたり３ミリ投与」する指示を出した。麻酔医Ａは時間あたり３mL（３０mg）と解釈し、投与した。術後時間が経過しても呼名反応がないため、ケタラールの影響を疑い、投与を中止した。投与量の確認を行ったところ、予定の１０倍量が約１時間投与されていたことが判った。麻酔責任医師Ｂは薬剤の単位を省略して、口頭指示した。麻酔医Ａは内容を復唱して、麻酔責任医師Ｂに確認しなかった。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

① やむを得ず口頭指示を行う場合は、薬剤名や単位、量、希釈の条件などを省略せず、明確に伝える。

② 医師の口頭指示を受けた者は指示内容を復唱し、その内容を指示した医師と確認する。

（4）まとめ

平成２１年２月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、やむを得ず口頭指示を行う際は、薬剤の単位を省略せず、明確に量や条件を伝えることを掲載した。

第１８回報告書分析対象期間内に報告された１事例の医療機関の取り組みは、医療安全情報で提供した内容と同一のものであり、それを医療機関内で周知・徹底することが今後も必要であることが示唆された。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。

【6】共有すべき医療事故情報「禁忌食品の配膳間違い」（第１５回報告書）について

（1）発生状況

第１５回報告書分析対象期間（平成２０年７月～９月）において、禁忌食品の配膳間違いに関連した事例が１件報告され、「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。その後、第１８回報告書分析対象期間（平成２１年４月～６月）に１件報告された。

（2）事例概要

第１８回報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

病棟では、プレイルームで数人の患児が遊んでおり、保育士が患児の前にヨーグルトを置き、他の患者の家族が皆に食べさせていた。その結果、患児たちのうちの１人にアレルギー症状が出現した。保育士や他の患者家族に食物アレルギーなどに関するインフォメーションがなく、誰でも食事を食べさせることができる環境であった。また、ヨーグルトの数は、その日に急遽退院した患児の分が１つ含まれており、患児の数と一致していた。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

① ネームバンドにアレルギーのマーク（赤色テープ）を貼る。
② おやつや食事を配るときは、必ずダブルチェックする。
③ 申し送りでアレルギー患者の氏名を声に出して全員で確認する。
④ プレイルームに食物アレルギーを注意喚起するポスターを貼る。
⑤ アレルギーの患者は食事のトレイに色を変える。
⑥ おやつに食札をつける。

（4）まとめ

食品の配膳については、医療関係者以外の関与が多いため、患者の食物アレルギー情報に関しては、よりわかりやすい表示が必要であることが示唆された。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。

【7】「グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔」（医療安全情報№.３）について

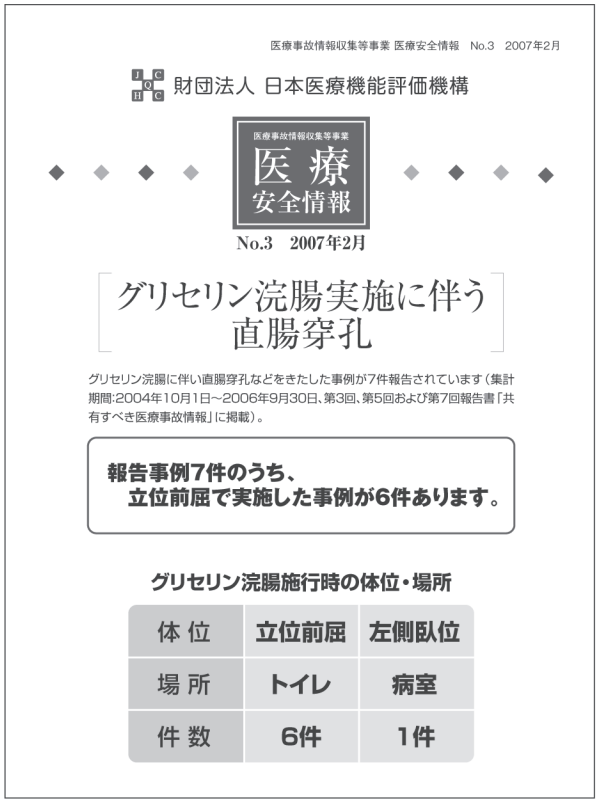
（1）発生状況

医療安全情報№.３（平成１９年２月提供）では、「グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔」（医療安全情報掲載件数７件　集計期間：平成１６年１０月１日～平成１８年９月３０日）を取り上げた。グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔に関する事例は、平成１６年に２件、平成１７年に２件、平成１８年に３件、平成１９年に２件報告された。平成２１年１月～９月では２件報告され、そのうち、第１９回報告書分析対象期間（平成２１年７月～９月）に報告された事例は２件であった（図表Ⅲ-４-１０）。

図表Ⅲ-４-１０　「グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔」の報告件数

	1～3月（件）	4～6月（件）	7～9月（件）	10～12月（件）	合計（件）
平成１６年				2	2
平成１７年	0	2	0	0	2
平成１８年	1	1	1	0	3
平成１９年	0	1	1	0	2
平成２０年	0	0	0	0	0
平成２１年	0	0	2	—	2

図表Ⅲ-４-１１　医療安全情報№.３「グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔」


医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.3　2007年2月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.3　2007年2月

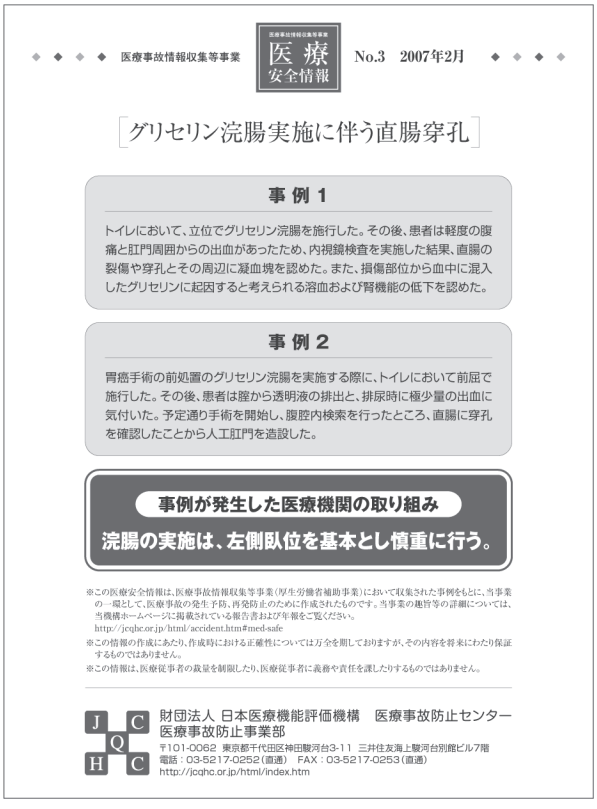
グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔

グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例が7件報告されています（集計期間:2004年10月1日～2006年9月30日、第3回、第5回および第7回報告書「共有すべき医療事故情報」に掲載）。

報告事例7件のうち、立位前屈で実施した事例が6件あります。

グリセリン浣腸施行時の体位・場所

体位	立位前屈	左側臥位
場所	トイレ	病室
件数	6件	1件


医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.3　2007年2月

グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔

事例１

トイレにおいて、立位でグリセリン浣腸を施行した。その後、患者は軽度の腹痛と肛門周囲からの出血があったため、内視鏡検査を実施した結果、直腸の裂傷や穿孔とその周辺に凝血塊を認めた。また、損傷部位から血中に混入したグリセリンに起因すると考えられる溶血および腎機能の低下を認めた。

事例２

胃癌手術の前処置のグリセリン浣腸を実施する際に、トイレにおいて前屈で施行した。その後、患者は膣から透明液の排出と、排尿時に極少量の出血に気付いた。予定通り手術を開始し、腹腔内検索を行ったところ、直腸に穿孔を確認したことから人工肛門を造設した。

事例が発生した医療機関の取り組み

浣腸の実施は、左側臥位を基本とし慎重に行う。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
http://jcqhc.or.jp/html/index.htm

（2）事例概要

第１９回報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

患者は、検査前に予定されていた浣腸を実施するために看護師とともに車椅子でトイレに行った。看護師は、患者に立位（前傾姿勢）でグリセリン浣腸を実施した。３０分後、患者は、腹痛を軽度訴えた。ＣＴ検査実施により直腸穿孔がわかり、緊急手術を実施した。２００６年に日本看護協会から緊急安全情報が発信され、それを受け看護部は会議を通じた周知やマニュアルに必要な内容を追加したが、個々のスタッフへの周知ができていなかった。

事例２

患者は、５ヶ月前に大腸内視鏡下粘膜下層剥離術（ＥＳＤ）を実施していた。その後、下部消化管内視鏡検査を実施することとなった。検査の前処置の下剤内服による処置では排便が不十分であるため、看護師は、医師の指示のもと患者に左側臥位でグリセリン浣腸を実施した。チューブを６～７cm 挿入すると抵抗感があったが、疼痛はなくグリセリン液を注入した。その後、便中に血液混入を認め、患者は、気分不快と腰痛を訴え、血圧が低下した。内視鏡検査を実施し直腸に粘膜欠損を認め、腹部ＣＴ実施により直腸穿孔がわかった。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

1）浣腸実施時に行うべきこと

①　浣腸の実施は、左側臥位を基本とし慎重に行う。

2）教育や当該事例周知に関すること

①　立位による浣腸の危険性について周知する。

②　マニュアルの周知と徹底、定期的な検証を行う。

③　大腸内視鏡下粘膜下層剥離術（ＥＳＤ）のグリセリン浣腸実施は禁忌とし、院内に周知する。

④　浣腸に関する勉強会を実施する。

（4）グリセリン浣腸実施時の体位に関する注意喚起

本事業で提供している医療安全情報の他、平成１８年２月に日本看護協会から「立位による浣腸実施の事故報告」[1]、平成１８年６月に神奈川県看護協会から「患者安全警報№６　安全なグリセリン浣腸の実施について」[2]のグリセリン浣腸実施時に関する注意喚起がなされている。また、平成１９年に実施された第９６回看護師国家試験には、グリセリン浣腸実施時の危険な体位に関する問題が出題されており、その回答を立位[3]としている。

《第９６回看護師国家試験　グリセリン浣腸実施時の体位に関する問題》

グリセリン浣腸時の体位で腸管穿孔の危険性が最も高いのはどれか。
１．立位
２．側臥位
３．仰臥位
４．シムス位

回答：１．立位

（5）まとめ

平成１９年２月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、浣腸の実施は、左側臥位を基本とし慎重に行うことを掲載した。

その後、平成１９年に２件、平成２１年に２件、合計４件の類似事例の報告があり、類似事例の発生が続いている。

第１９回報告書分析対象期間内に報告された事例により、立位による浣腸の危険性を再認識させられる報告であり、本稿の中でそれを紹介した。今後も、引き続き類似事例発生の動向に注目していく。

（6）参考文献

１．日本看護協会.(online)，available from〈http:// www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/200602.pdf〉(last accessed 2009-10-06).
２．神奈川県看護協会.(online)，available from〈http:// www.kana-kango.or.jp/〉(last accessed 2009-10-06).
３．厚生労働省．第９０回助産師国家試験、第９３回保健師国家試験、第９６回看護師国家試験の問題および解答について．(online)，available from〈http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/04/tp0427-4.html〉(last accessed 2009-10-19)

【8】「間違ったカテーテル・ドレーンへの接続」（医療安全情報No.14）について

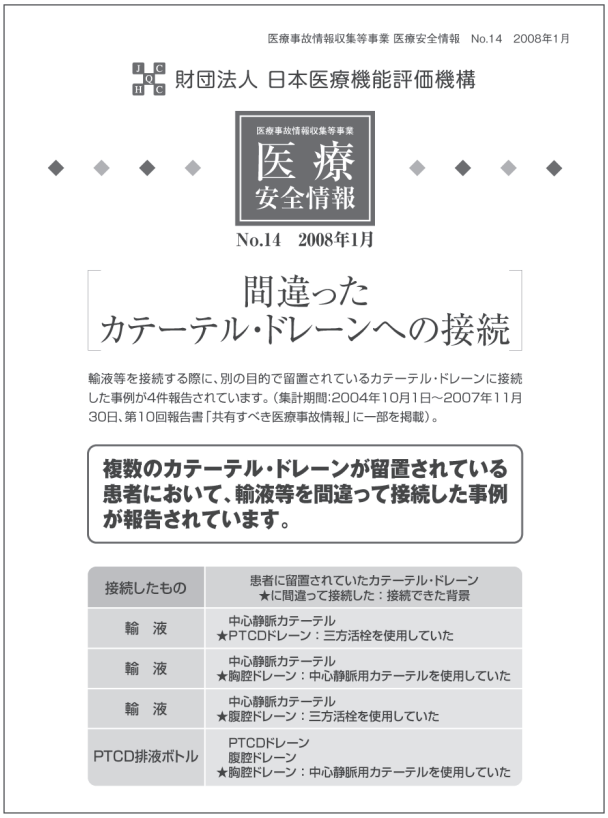
（1）発生状況

医療安全情報No.１４（平成２０年１月提供）では、「間違ったカテーテル・ドレーンへの接続」（医療安全情報掲載件数４件　集計期間：平成１６年１０月～平成１９年１１月）を取り上げた。間違ったカテーテル・ドレーンへの接続に関連した事例は、平成１７年に１件、平成１８年に１件、平成１９年に２件、平成２０年に３件報告された。平成２１年１月～９月では２件報告され、このうち、第１９回報告書分析対象期間（平成２１年７月～９月）に報告された事例は１件であった（図表Ⅲ-４-１２）。

図表Ⅲ-４-１２　「間違ったカテーテル・ドレーンへの接続」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
平成１６年				0	0
平成１７年	0	1	0	0	1
平成１８年	0	0	1	0	1
平成１９年	1	1	0	0	2
平成２０年	2	0	0	1	3
平成２１年	0	1	1	—	2

図表Ⅲ-４-１３　医療安全情報No.14「間違ったカテーテル・ドレーンへの接続」



医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.14　2008年1月

財団法人 日本医療機能評価機構

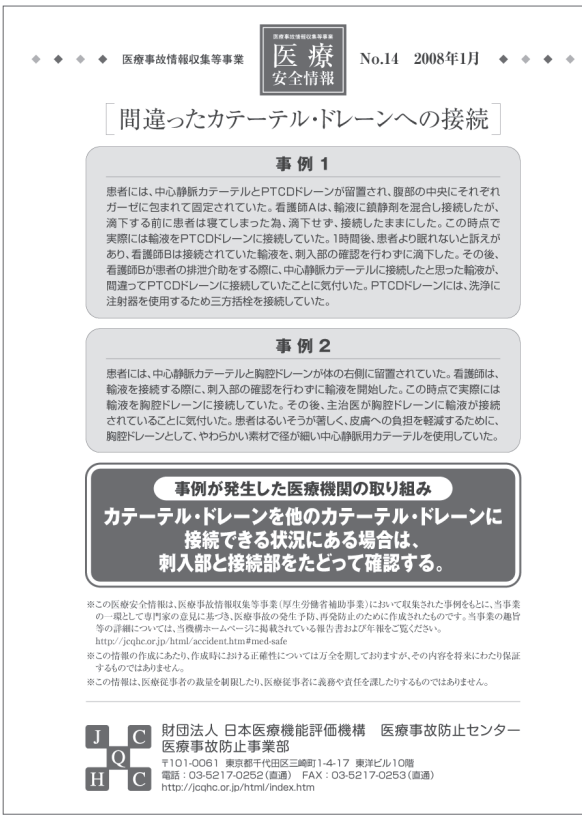
医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.14　2008年1月

間違った
カテーテル・ドレーンへの接続

輸液等を接続する際に、別の目的で留置されているカテーテル・ドレーンに接続した事例が4件報告されています。（集計期間：2004年10月1日～2007年11月30日、第10回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

複数のカテーテル・ドレーンが留置されている患者において、輸液等を間違って接続した事例が報告されています。

接続したもの	患者に留置されていたカテーテル・ドレーン ★に間違って接続した：接続できた背景
輸　液	中心静脈カテーテル ★PTCDドレーン：三方活栓を使用していた
輸　液	中心静脈カテーテル ★胸腔ドレーン：中心静脈用カテーテルを使用していた
輸　液	中心静脈カテーテル ★腹腔ドレーン：三方活栓を使用していた
PTCD排液ボトル	PTCDドレーン 腹腔ドレーン ★胸腔ドレーン：中心静脈用カテーテルを使用していた



医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.14　2008年1月

間違ったカテーテル・ドレーンへの接続

事例１

患者には、中心静脈カテーテルとPTCDドレーンが留置され、腹部の中央にそれぞれガーゼに包まれて固定されていた。看護師Aは、輸液に鎮静剤を混合し接続したが、滴下する前に患者は寝てしまった為、滴下せず、接続したままにした。この時点で実際には輸液をPTCDドレーンに接続していた。1時間後、患者より眠れないと訴えがあり、看護師Bは接続されていた輸液を、刺入部の確認を行わずに滴下した。その後、看護師Bが患者の排泄介助をする際に、中心静脈カテーテルに接続したと思った輸液が、間違ってPTCDドレーンに接続していたことに気付いた。PTCDドレーンには、洗浄に注射器を使用するため三方活栓を接続していた。

事例２

患者には、中心静脈カテーテルと胸腔ドレーンが体の右側に留置されていた。看護師は、輸液を接続する際に、刺入部の確認を行わずに輸液を開始した。この時点で実際には輸液を胸腔ドレーンに接続していた。その後、主治医が胸腔ドレーンに輸液が接続されていることに気付いた。患者はるいそうが著しく、皮膚への負担を軽減するために、胸腔ドレーンとして、やわらかい素材で径が細い中心静脈用カテーテルを使用していた。

事例が発生した医療機関の取り組み
カテーテル・ドレーンを他のカテーテル・ドレーンに接続できる状況にある場合は、刺入部と接続部をたどって確認する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10階
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
http://jcqhc.or.jp/html/index.htm

（2）事例概要

本年に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

勤務経験２ヶ月の看護師は、輸液ルートと膵管ドレーンが挿入されている患者に抗生剤（ワイスタール注）を接続する際、輸液ルートの三方活栓に接続すべきところ、膵管ドレーンの三方活栓に接続した。

事例２

２歳の患児に対し、腹腔鏡下噴門形成術施行の際、医師Ａは、胃内に注入する空気を静脈内に注入した。

事故発生当時、医師Ｂが麻酔をかけ、医師Ａが挿管した。医師Ｃは胃管を挿入し、胃液バッグを接続するため、静脈ライン用の三方活栓を胃管に接続した。術中、胃底部で腹部食道を固定（噴門形成）する際、胃を膨らました状態で食道に縫合固定するため、胃内に空気を注入することとなった。医師Ｃ、Ｅ、Ｆは、医師Ａに胃管に接続された三方活栓から空気を１００mL 注入するよう指示した。医師Ａは、胃管には黄色の注射器を使用すると思ったが、三方活栓と聞いたため白色の注射器を準備した。医師Ａは、胃管の三方活栓が見当たらなかったため、胃管を排液バッグ側からたどり、圧布の下をたどっていった所で手に触れた三方活栓を胃管に接続された三方活栓だと思い、圧布の隙間から三方活栓を確認し空気５０mL を注入した。医師Ｃ、Ｅ、Ｆから「胃が膨らまない」と言われ、医師Ａは、更に空気を５０mL 注入した。その直後、ＳＰＯ$_2$モニターの脈拍検知不良のアラームが鳴り、呼気二酸化炭素モニターの波形が消失した。医師Ａは、静脈ラインから空気を注入したことに気付いた。

当該病院では、平成１３年から静脈ラインや胃管への誤接続防止のため、口径の違う注射器を使用するルールになっており、胃管には三方活栓ではなく、Ｙジョイントを接続することになっていたが、当該科（小児外科）では三方活栓を使用していた。長年にわたり手術に関わる麻酔科医並びに看護師は、当該科でのルール違反を黙認していた。看護師に対し威圧的な医師がおり、看護師は当該科の医師に対し、ルール違反を指摘できなかった。術野の清潔保持のため圧布が全身にかけられ、三方活栓や胃管排液チューブ、末梢静脈ラインを確認しにくかった。麻酔科医は、外科医の手術開始を待たせても、Ｌ字型アーチの高さを調節して、患者の顔やチューブ類を確認しやすい十分な環境を作るべきであったができなかった。更に、麻酔科上級医はこれを指導あるいは援助するべきであったがしなかった。胃管、尿管、末梢静脈ライン、血圧マンシェットや直腸温度計、皮膚温度計のコードが一緒にベッド脇に束ねられていたため、胃管をたどっていく際、わかりにくかった。通常の安全管理部の巡視では、手術室内での手術中における単科のローカルルールを発見することができなかった。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

1）接続時に行うこと

① 接続の際、患者側からルートをたどる。

② 胃管へ薬剤や空気等を注入する際は、静脈内空気注入防止策として経静脈ルートのチューブとは口径の違う注射器を使用する。

2）教育や当該事例周知に関すること

① 看護師が実施可能な業務体制と適切なフォロー体制を確立する。

② ローカルルールが存在しているかを調査する。

③ 全職員に事故の説明と改善策を周知徹底する。

④ 関連する医師に医療安全に関する再教育を行う。

⑤ 術前執刀医と麻酔科医は患者に接続した全てのラインと注入可能個所を指さし確認する。

⑥ 手術が十分安全な環境で行われることを声だし確認する。その際、安全が確認されない場合手術を開始しない。

⑦ 手術室におけるライン、コードの整理の仕方のルールを作る。

⑧ 手術室における手術行為における安全管理の監査を可能にするため、現在経済的な事情で限られた科のみ行っている手術の映像記録を早期に全科に適応する。

⑨ 手術室におけるオカレンスレポートに安全管理に関するルール違反の項目を追加する。

⑩ 外部委員による安全管理の巡視・監査を定期的に行う。

（4）まとめ

平成２０年１月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、カテーテル・ドレーンを他のカテーテル・ドレーンに接続できる状況にある場合は、刺入部と接続部をたどって確認することを掲載した。

該当事例が発生した２医療機関では、カテーテル・ドレーンをたどること、口径の違う注射器を使用すること、それらに関連したマニュアル等を整備し周知徹底すること等を改善策としてあげている。

今後も引き続き類似事例発生の動向に注目していく。

【9】「注射器に準備された薬剤の取り違え」（医療安全情報No. 15）について

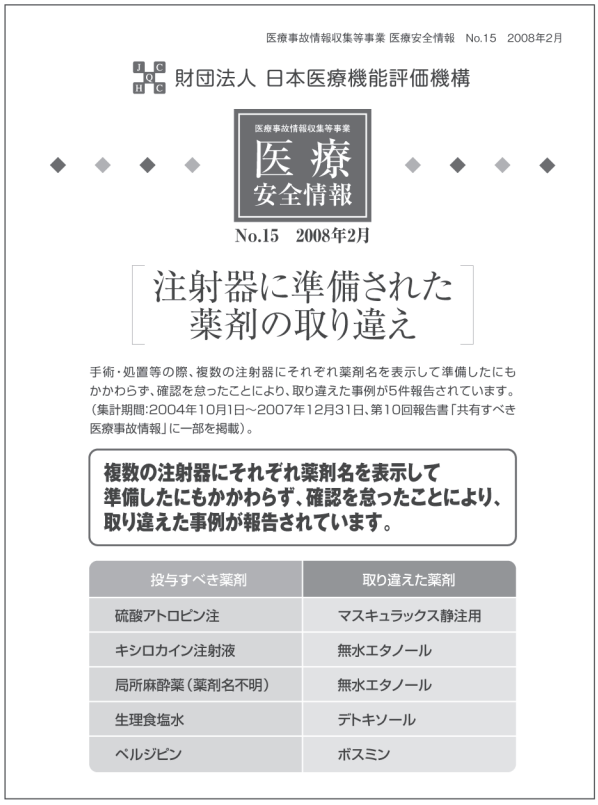
（1）発生状況

医療安全情報No.１５（平成２０年２月提供）では、「注射器に準備された薬剤の取り違え」を取り上げた（医療安全情報掲載件数５件　集計期間：平成１６年１０月～平成１９年１２月）。手術・処置等の際、複数の注射器にそれぞれ薬剤名を表示して準備したにも関わらず、確認を怠ったことにより取り違えた事例は、平成１８年に３件、平成１９年に２件、平成２０年に１件報告された。平成２１年１月～９月では１件報告され、その事例は、第１９回報告書分析対象期間（平成２１年７月～９月）に報告された事例であった（図表Ⅲ-４-１４）。

図表Ⅲ-４-１４　「注射器に準備された薬剤の取り違え」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
平成１６年				0	0
平成１７年	0	0	0	0	0
平成１８年	0	0	1	2	3
平成１９年	0	2	0	0	2
平成２０年	0	0	0	1	1
平成２１年	0	0	1	—	1

図表Ⅲ-４-１５　医療安全情報No. 15「注射器に準備された薬剤の取り違え」



医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.15　2008年2月

財団法人 日本医療機能評価機構

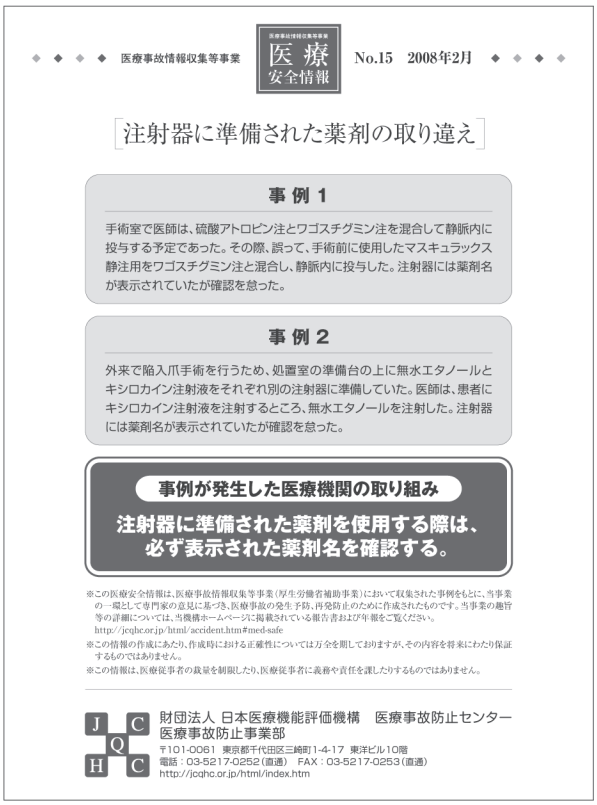
医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.15　2008年2月

注射器に準備された薬剤の取り違え

手術・処置等の際、複数の注射器にそれぞれ薬剤名を表示して準備したにもかかわらず、確認を怠ったことにより、取り違えた事例が5件報告されています。
（集計期間:2004年10月1日～2007年12月31日、第10回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

複数の注射器にそれぞれ薬剤名を表示して準備したにもかかわらず、確認を怠ったことにより、取り違えた事例が報告されています。

投与すべき薬剤	取り違えた薬剤
硫酸アトロピン注	マスキュラックス静注用
キシロカイン注射液	無水エタノール
局所麻酔薬（薬剤名不明）	無水エタノール
生理食塩水	デトキソール
ベルジピン	ボスミン



医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.15　2008年2月

注射器に準備された薬剤の取り違え

事例１

手術室で医師は、硫酸アトロピン注とワゴスチグミン注を混合して静脈内に投与する予定であった。その際、誤って、手術前に使用したマスキュラックス静注用をワゴスチグミン注と混合し、静脈内に投与した。注射器には薬剤名が表示されていたが確認を怠った。

事例２

外来で陥入爪手術を行うため、処置室の準備台の上に無水エタノールとキシロカイン注射液をそれぞれ別の注射器に準備していた。医師は、患者にキシロカイン注射液を注射するところ、無水エタノールを注射した。注射器には薬剤名が表示されていたが確認を怠った。

事例が発生した医療機関の取り組み

注射器に準備された薬剤を使用する際は、必ず表示された薬剤名を確認する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0061　東京都千代田区三崎町1-4-17　東洋ビル10階
電話：03-5217-0252（直通）　FAX：03-5217-0253（直通）
http://jcqhc.or.jp/html/index.htm

（2）事例概要

第１９回報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

心肺停止状態の患者に対し薬剤を投与する際、医師は、シンビット５０mg を生食２０mL に溶解し、注射器にシンビットと記載した。医師は、電気的除細動を行うためにエピネフリン１Ａを静注後、シンビットを溶解した注射器を接続し 4 mL 投与した。注射器はそのまま三方活栓につけていた。看護師は、その注射器をエピネフリン投与後のフラッシュ用の生理食塩水が入った注射器だと思い、注射器に残っていたシンビット１６mL を患者に投与した。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

①　薬剤投与時は、特に自分が作成したものでない場合は、薬剤名を確認する。

（4）まとめ

平成２０年２月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、注射器に準備された薬剤を使用する際は、必ず表示された薬剤名を確認することを掲載した。

第１９回報告書分析対象期間内に報告された１事例の医療機関の取り組みは、医療安全情報で提供した内容と同一のものであり、それを医療機関内で周知徹底することが今後も必要であることが示唆された。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。

【10】「処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い」（医療安全情報№.18）について

（1）発生状況

医療安全情報№.１８（平成２０年５月提供）では、「処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い」を取り上げた（医療安全情報掲載件数３件　集計期間:平成１８年１月１日～平成２０年３月３１日)。「３×」や「分３」の表記を３倍と解釈したことにより薬剤量を間違えた類似の事例は、平成１７年に１件、平成１９年に３件報告された。平成２１年１月～９月では１件報告され、これは、第１９回報告書分析対象期間（平成２１年７月～９月）に報告された事例であった（図表Ⅲ-４-１６)。

図表Ⅲ-４-１６　「処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
平成１６年				0	0
平成１７年	0	0	1	0	1
平成１８年	0	0	0	0	0
平成１９年	0	1	1	1	3
平成２０年	0	0	0	0	0
平成２１年	0	0	1	—	1

図表Ⅲ-４-１７　医療安全情報№.18「処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.18　2008年5月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.18　2008年5月

処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い

処方表記の解釈の違いによる薬剤量の間違いが3件報告されています。（集計期間:2006年1月1日～2008年3月31日、第11回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

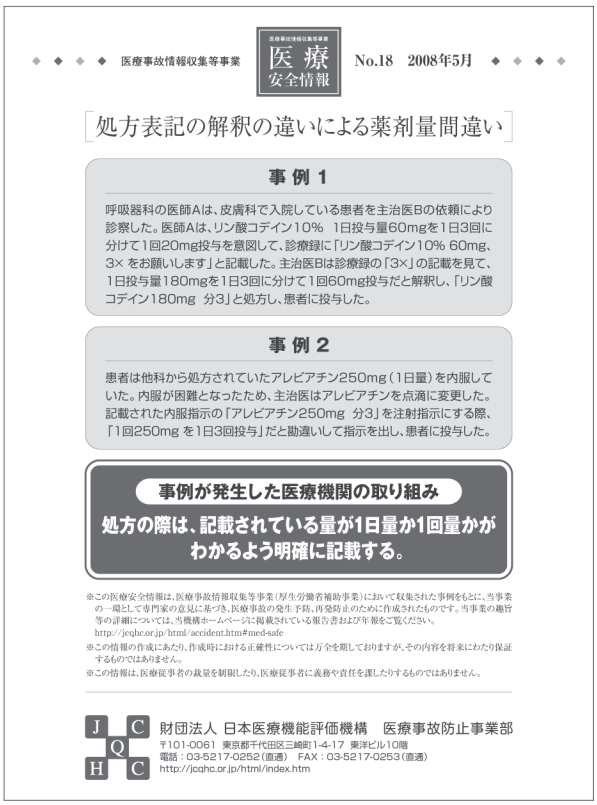
「3×」や「分3」の表記を
3倍と解釈したことによる
薬剤量の間違いが報告されています。

〈事例1のイメージ図〉

診療録に記載された処方内容
リン酸コデイン 10%
60mg 3×

医師Aが意図した処方内容
1日投与量 60mg、1日3回投与、1回20mg

医師Bが解釈し実際に処方した内容
1日投与量 180mg、1日3回投与、1回60mg


医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.18　2008年5月

処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い

事例１

呼吸器科の医師Aは、皮膚科で入院している患者を主治医Bの依頼により診察した。医師Aは、リン酸コデイン10%　1日投与量60mgを1日3回に分けて1回20mg投与を意図して、診療録に「リン酸コデイン10% 60mg、3× をお願いします」と記載した。主治医Bは診療録の「3×」の記載を見て、1日投与量180mgを1日3回に分けて1回60mg投与だと解釈し、「リン酸コデイン180mg　分3」と処方し、患者に投与した。

事例２

患者は他科から処方されていたアレビアチン250mg（1日量）を内服していた。内服が困難となったため、主治医はアレビアチンを点滴に変更した。記載された内服指示の「アレビアチン250mg　分3」を注射指示にする際、「1回250mg を1日3回投与」だと勘違いして指示を出し、患者に投与した。

事例が発生した医療機関の取り組み

処方の際は、記載されている量が1日量か1回量かがわかるよう明確に記載する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10階
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
http://jcqhc.or.jp/html/index.htm

（2）事例概要

処方表記の解釈の違いにより薬剤量を間違えた事例５件の概要を以下に示す。

事例１

体重約１．２kg の患児に抗生剤を投与する際、上級医と研修医は、テキストに準じて作成された院内マニュアルの「セフメタ：７５－１００mg/kg/ 日，３×」と「硫酸アミカシン：１０－１５mg/kg/day，２×」を見て一緒に投与量を計算した。上級医は、１日量を意図して研修医に「セフメタゾン１２０とロミカシン２０ですね」と言い、指示を入力するように依頼した。研修医は、「セフメタゾン　１回１２０mg　１日３回、ロミカシン１回２０mg　１日２回」と指示を入力し、看護師が指示に基づき患児に１日分投与した。その後、看護師の指摘により過量投与に気付いた。上級医は、研修医と共にマニュアルを見ながら計算をしたため、指示の入力内容までは確認しなかった。研修医は、通常抗生剤は１回量の処方だと思っていた。

事例２

医師は、抗がん剤テラルビシン注を「１日１回，２日投与」する処方をした。その際、日本小児肝癌スタディグループ（JPLT）によるプロトコールの記載通りに指示書に「Day ２，３ THP-ADR ３０mg/ 平方メートル /day ×２」と記載したが、上級医から「×２」なので１日２回ではないかと指摘され、追加処方を出した。その後、薬剤師が１日量として多いことに気付き、投与を中止した。

このプロトコールでは、「×２」は、２日間の意味だが、１日２回投与と解釈し、「１日２回，２日投与」と指示を出した。

事例３

主治医は、患者の退院時に抗痙攣薬の処方を研修医に依頼した。

研修医は、指示書に「２Ｔ／２×３０日分」（１回１錠　１日２回　３０日分を意味する）と記載し、オーダリングでは「1 回２錠　１日２回　３０日分」と入力した。そのため、薬剤部より１包に２錠入りの薬が届き、患者は、１日４錠を２週間服用した。

事例４

呼吸器科の医師Ａは、皮膚科で入院している患者を主治医Ｂの依頼により診察した。医師Ａは、リン酸コデイン１０％　１日投与量６０mg を１日３回に分けて１回２０mg 投与を意図して、カルテ（診療録）に「症状が辛いときには、リン酸コデイン６０mg、３×をお願いします」と記載した。主治医Ｂは、診療録の「３×」の記載を見て、１日投与量１８０mg を１日３回に分けて１回６０mg 投与だと解釈し、麻薬処方せんに「リン酸コデイン１８０mg　分３」と記入し、患者に投与した。

事例５

患者は、他科から処方されていたアレビアチン２５０mg（１日量）を内服していた。患者は内服が困難になり、医師は、アレビアチンを点滴に変更した。処方せんに記載された内服指示の「アレビアチン２５０mg　分３」を注射指示にする際、「×３」は「分３」を意味すると思い「アレビアチン注２５０mg　×３」とオーダー入力し、患者に１回２５０mgを１日３回投与した。

当院の薬剤のオーダーでは、内服薬は１日量で処方し、注射薬は１回量で処方するシステムとなっているため間違えやすかった。

（３）処方に関する記載

これまで報告された処方表記の解釈の違いにより薬剤量を間違えた事例において、間違いの要因となった処方内容が記載された媒体を次に示す。

図表Ⅲ-４-１８　薬剤量間違いの要因となった処方内容が記載された媒体

媒体	件数
院内マニュアル	１件
プロトコール	１件
指示書	１件
カルテ	１件
処方せん	１件
合計	５件

（４）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

① 処方する際、１日量、１回量など用法・用量を確認する。
② 注射薬、内服薬の指示方法を１日量と１回量が混同しにくい方策を検討する。
③ マニュアルに記載されている用法・用量を院内のオーダリングの入力に併せた形に書き直し、使用することにした。

（５）まとめ

平成２０年５月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、処方の際は記載されている量が１日量か１回量かがわかるよう明確に記載することを掲載した。

５件の報告事例をみると、処方内容の記載の解釈の違いにより薬剤量の間違えを引き起こした記録媒体は、処方せんだけでなく、指示書やカルテ等の診療録や院内マニュアル、プロトコールにも及んでいる。処方の際に文献等を参考にする場合、用法・用量の記載に多様な表現が用いられていることを認識し、使用においては十分な注意が必要である。今後、処方内容の記載の視点から医療安全を検討する上では、処方内容を記載する全てのものに記載方法を統一する必要があることが示唆された。

引き続き、類似の事例の注意を喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。

【11】共有すべき医療事故情報「セントラルモニター受信患者違い」（第１６回報告書）について

（1）発生状況

第１６回報告書分析対象期間（平成２０年１０月～１２月）において、セントラルモニター受信患者間違いに関連した事例が１件報告され、「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。これまで、類似の事例は、平成１８年に１件、平成２０年に１件、平成２１年１月～９月までに１件報告された。平成２１年に報告された１件は、第１９回報告書分析対象期間（平成２１年７月～９月）に報告された事例であった。

（2）事例概要

セントラルモニター受信患者間違いに関連した事例は、いずれも当該患者の心電図として表示された別の患者の心電図を見て、当該患者に何らかの治療・処置を行ったものである。その事例３件の概要を以下に示す。

事例１

患者は、腎センターに入室し、モニター装着後、透析を開始した。約３時間後、看護師はモニター上でＶＰＣの連発を発見した。患者の血圧も低下していたため、医師に報告し、医師はモニターを見て、リドクイック５０mg を投与した。透析終了後、血圧を確認しモニターを外した際、心電図が他患者のものであったことが判明した。

事例２

患者Ａの心電図は、送信機を使用しセントラルモニターに表示されていた。心電図をモニターする必要のある患者Ｂが入院してきたため、機能上の理由により、患者Ｂは患者Ａが使用していた送信機を使用し、患者Ａは別の送信機とセントラルモニターを使用することとした。この時、看護師は、患者Ａの心電図を受信するためのチャンネル番号を変更し忘れた。

その２日後、セントラルモニターに表示された患者Ａの心電図波形（実際には患者Ｂの波形）を見て、患者Ａに一時ペーシングを行った。終了後、患者Ａとして表示されていた心電図は、患者Ｂのものであり、患者Ｂの心電図波形が両方のモニターに表示されていたことがわかった。

利便性や故障時の対応等のため、送信機は複数の受信機に送信が可能であった。

病棟内に電波が受信しやすい場所と受信し難い場所があり、病棟に複数あるモニターが１箇所に配置されていなかった。医療機器類の請求やメンテナンスを病棟ごとに師長が行っていた。

事例３

当該病棟では、複数のセントラルモニターを使用して病棟患者の心電図をモニタリングしていた。

看護師は、転棟予定の患者Ｃの心電図モニターを表示するため、セントラルモニターを設定する際、送信機のチャンネル番号を間違えて入力した。入力した番号は、患者Ｄが使用していたため、セントラルモニターには患者Ｃの心電図としても表示された。患者Ｃとして表示された心電図（実際には患者Ｄの心電図）に心室性不整脈を認めたため、医師の指示により、患者Ｃにリドカインを静脈投与した。

（３）事例の背景要因について

事例が発生した医療機関の背景要因として、以下が報告されている。

① 当該病棟では、１台のセントラルモニターでは患者の心電図が表示できないため、複数のセントラルモニターを並行して使用していた。

② 異なるセントラルモニターで、同じチャンネル番号の心電図を表示していることの機械的な確認難しい状況であった。

③ ①及び②の結果としてセントラルモニターにより表示している心電図のチャンネルが重複していた場合、それに気付きにくい環境であった。

（４）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

① 心電図モニターを装着するときは、送信機とセントラルモニターのチャネル番号が一致していることを２名で確認する。

② セントラルモニターに登録する送信機のチャネル番号を固定する。

③ 機器類の管理は、当該病棟を最初に順次、中央管理とし、チャンネル管理者を配置する。

④ 病棟内の電波の受信状況を調査した。

⑤ 心電図モニターの取扱説明書をメーカーから取り寄せ、機器に配置した。

（５）まとめ

セントラルモニターの使用においては、当該事例のように設定時に間違えが発生した場合、その間違えを発見する機会が少ない。そのため、正しく設定する方法や手順を確立することが必要であり、報告された３事例の医療機関においてもそのための取り組みを行っている。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。

【12】「製剤の総量と有効成分の量の間違い」（医療安全情報№９）について

（１）発生状況

医療安全情報№９（平成１９年８月提供）では、「製剤の総量と有効成分の量の間違い」（医療安全情報掲載件数４件　集計期間：平成１６年１０月～平成１９年３月）を取り上げた。製剤の総量と有効成分の量との誤認に関する事例は、平成１８年に４件、平成２１年に１件報告された。平成２１年の１件は、第２０回報告書分析対象期間（平成２１年１０月～１２月）に報告された事例であった（図表Ⅲ-４-１９）。

図表Ⅲ-４-１９　「製剤の総量と有効成分の量の間違い」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
平成１６年				0	0
平成１７年	0	0	0	0	0
平成１８年	0	0	0	4	4
平成１９年	0	0	0	0	0
平成２０年	0	0	0	0	0
平成２１年	0	0	0	1	1

図表Ⅲ-４-２０　医療安全情報№９「製剤の総量と有効成分の量の間違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.9　2007年8月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.9　2007年8月

製剤の総量と有効成分の量の間違い

製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例が4件報告されています（集計期間：2004年10月1日～2007年3月31日、第8回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

内服薬処方において、製剤の総量と有効成分の量との誤認に起因する過量投与が報告されています。

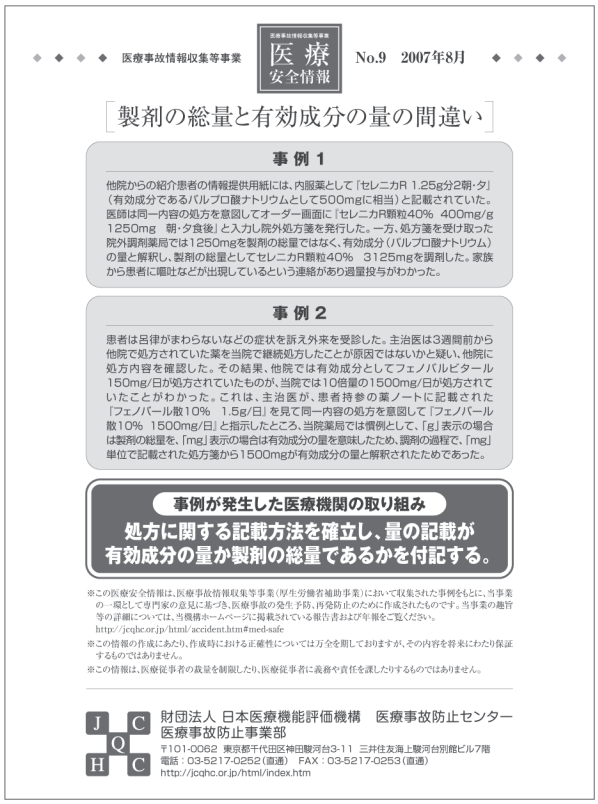
指示内容
セレニカR 顆粒40% 注）1日1250mg

医師が意図した指示内容
有効成分の量として1日500mg（1250×0.4）の処方を意図
∴製剤の総量＝1250mgを指示

薬剤師の指示内容の解釈
有効成分の量として1日1250mg の処方と解釈
∴製剤の総量＝3125mg（1250÷0.4）を調剤

注）有効成分：バルプロ酸ナトリウム

〈類似の報告があった薬剤〉　アレビアチン散10%　フェノバール散10%　など


医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.9　2007年8月

製剤の総量と有効成分の量の間違い

事例１

他院からの紹介患者の情報提供用紙には、内服薬として「セレニカR 1.25g分2朝・夕」（有効成分であるバルプロ酸ナトリウムとして500mgに相当）と記載されていた。医師は同一内容の処方を意図してオーダー画面に「セレニカR顆粒40%　400mg/g　1250mg　朝・夕食後」と入力し院外処方箋を発行した。一方、処方箋を受け取った院外調剤薬局では1250mgを製剤の総量ではなく、有効成分（バルプロ酸ナトリウム）の量と解釈し、製剤の総量としてセレニカR顆粒40%　3125mgを調剤した。家族から患者に嘔吐などが出現しているという連絡があり過量投与がわかった。

事例２

患者は呂律がまわらないなどの症状を訴え外来を受診した。主治医は3週間前から他院で処方されていた薬を当院で継続処方したことが原因ではないかと疑い、他院に処方内容を確認した。その結果、他院では有効成分としてフェノバルビタール150mg/日が処方されていたものが、当院では10倍量の1500mg/日が処方されていたことがわかった。これは、主治医が、患者持参の薬ノートに記載された「フェノバール散10%　1.5g/日」を見て同一内容の処方を意図して「フェノバール散10%　1500mg/日」と指示したところ、当院薬局では慣例として、「g」表示の場合は製剤の総量を、「mg」表示の場合は有効成分の量を意味したため、調剤の過程で、「mg」単位で記載された処方箋から1500mgが有効成分の量と解釈されたためであった。

事例が発生した医療機関の取り組み
処方に関する記載方法を確立し、量の記載が有効成分の量か製剤の総量であるかを付記する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
http://jcqhc.or.jp/html/index.htm

（2）事例概要

第２０回報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

患者は、スピロノラクトンを２５mg 内服していたが、腎機能増悪と高カリウム血症を認めたため、医師はスピロノラクトンを減量し、半量の１２.５mg を処方することとした。患者が内服していたスピロノラクトン２５mg は錠剤であったが、それ未満の量を処方するため、医師はアルダクトンＡ細粒１０％（有効成分：スピロノラクトン）を製剤の総量を意図して１２５mg と処方入力した。薬剤師は、

①「mg」で処方された場合は有効成分の量を示していると思った。

②「アルダクトンＡ（有効成分：スピロノラクトン）１２５mg」は通常成人に投与する量として大きく逸脱していなかった。

以上のことから、処方入力された「１２５mg」を有効成分の量として調剤した。患者が１２日間内服したところで薬剤部が間違いに気付いた。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

①医師、薬剤師、看護師はそれぞれの持ち場で薬剤の種類や投与量を確認する。

（4）まとめ

平成１９年８月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、処方に関する記載方法を確立し、量の記載が有効成分の量か製剤の総量であるかを付記することを掲載した。第２０回報告書対象期間内に報告された１件の医療機関の改善策として、記載された量が何を示しているかを確認することをあげており、今後も、医療安全情報に掲載された医療機関の取り組みを周知徹底する必要があることが示唆された。

また、平成２１年５月より、厚生労働省に設置された「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会」において、検討された結果が報告書として公表されている[1)]。内服薬処方せんの記載方法の標準化に向けた取り組みについて、「厚生労働省からのお知らせ」があるので参考として掲載する。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。

（5）参考文献

1．厚生労働省. 内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書. 平成２２年１月.2010. (online),<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0129-4a.pdf>(last accessed 2010-03-08)

《参考：厚生労働省からのお知らせ》

～厚生労働省からのお知らせ～

ご存知ですか？

内服薬処方せんの記載方法の標準化に向けた取組について

～内服薬処方せんの記載ミス、情報伝達エラーを防止するために～

内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書※より

※ 本報告書は、平成21年5月に厚生労働省に設置された「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会」において、5回にわたり幅広く検討を行ってきた結果、取りまとめられた報告書であり、処方せんの記載方法が統一されていないことに起因した記載ミス、情報伝達エラーを防止する観点から、「内服薬処方せん記載の在るべき姿」が取りまとめられ、短期的方策、長期的方策及び移行期間における対応を示しています。

「内服薬処方せん記載の在るべき姿」

最も望ましい内服薬処方せんの記載方法は、下記1）～5）の事項全てを記載することです。

1）「薬名」	薬価基準に記載されている製剤名を記載することを基本とします。
2）「分量」	最小基本単位である1回量を記載することを基本とします。
3）散剤及び液剤の「分量」	製剤量（原薬量ではなく、製剤としての重量）を記載することを基本とします。
4）「用法・用量」における服用回数・服用のタイミング	標準化を行い、情報伝達エラーを惹起する可能性のある表現方法を排除し、日本語で明確に記載することを基本とします。
5）「用法・用量」における服用日数	実際の投与日数を記載することを基本とします。

処方例　○○錠15mg　1回1錠朝昼夕食後、1日3回服用するように処方する場合

現状例	内服薬処方せん記載の在るべき姿
○○（15）　3錠　分3　毎食後　7日分	○○錠15mg　1回1錠　1日3回　朝昼夕食後　7日分

内服薬処方せんの記載方法についての詳細は

■ 「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」は、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室でお配りしている他、ホームページからダウンロードできます。

ホームページのご案内　http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/s0129-4.html

厚生労働省窓口　厚生労働省医政局総務課医療安全推進室
電話番号：03－5253－1111
受付時間：[月～金]9時30分～18時15分（祝日・年末年始を除く）

【13】「処方入力の際の単位間違い」（医療安全情報No. 23）について

（1）発生状況

医療安全情報No.２３（平成２０年１０月提供）では、「処方入力の際の単位間違い」を取り上げた（医療安全情報掲載件数３件　集計期間：平成１８年１月～平成２０年８月）。処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことにより過量投与した事例は、平成１９年に２件、平成２０年に１件、平成２１年では３件報告された。このうち第２０回報告書分析対象期間（平成２１年１０月～１２月）に報告された事例は２件であった（図表Ⅲ-４-２１）。

図表Ⅲ-４-２１　「処方入力の際の単位間違い」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
平成１６年				0	0
平成１７年	0	0	0	0	0
平成１８年	0	0	0	0	0
平成１９年	0	0	0	2	2
平成２０年	1	0	0	0	1
平成２１年	0	0	1	2	3

図表Ⅲ-４-２２　医療安全情報No. 23「処方入力の際の単位間違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.23　2008年10月

財団法人 日本医療機能評価機構

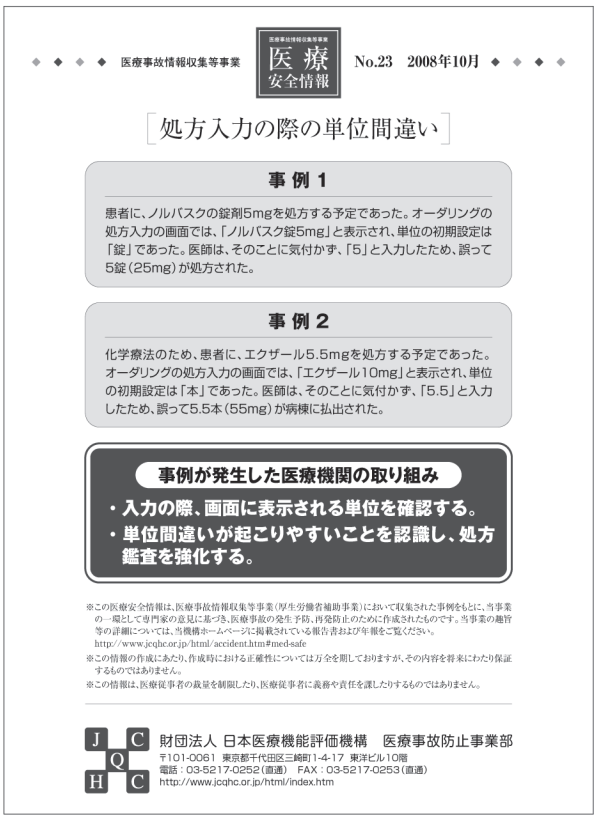
医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.23　2008年10月

処方入力の際の単位間違い

処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことによる過量投与が3件報告されています。（集計期間:2006年1月1日～2008年8月31日、第13回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことによる過量投与が報告されています。

薬剤名	予定した量	実際に投与した量
ノルバスク錠	5mg	5錠（25mg）
エクザール注射用	5.5mg	5.5本（55mg）
プログラフ注射液	1mg	1mL（5mg）



医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.23　2008年10月

処方入力の際の単位間違い

事例１

患者に、ノルバスクの錠剤5mgを処方する予定であった。オーダリングの処方入力の画面では、「ノルバスク錠5mg」と表示され、単位の初期設定は「錠」であった。医師は、そのことに気付かず、「5」と入力したため、誤って5錠（25mg）が処方された。

事例２

化学療法のため、患者に、エクザール5.5mgを処方する予定であった。オーダリングの処方入力の画面では、「エクザール10mg」と表示され、単位の初期設定は「本」であった。医師は、そのことに気付かず、「5.5」と入力したため、誤って5.5本（55mg）が病棟に払出された。

事例が発生した医療機関の取り組み

- 入力の際、画面に表示される単位を確認する。
- 単位間違いが起こりやすいことを認識し、処方鑑査を強化する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://www.jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10階
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
http://www.jcqhc.or.jp/html/index.htm

（2）事例概要

第２０回報告書対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

生後４５日の超低出生体重児の患児に対してポンタール内服を行うことにした。主治医は、力価で１．５mg 投与すべきところ、シロップ量で１．５mL（４８．７５mg）を処方し、看護師がその通りに投与したため、患児に予定していた約３０倍の量を投与した。上級医がカルテを見て過量投与に気付いた。主治医は、ポンタールを処方するのが初めてであり、知識が不足していた。

事例２

医師は、患者に中心静脈栄養ポートからインスリンの持続投与を予定していた。インスリンを指示入力する際、ヒューマリンＲを「２４単位」と指示するところ、「２４mL（１mL １００単位）」と指示した。医師は、入力する単位（単位数と用量）の違いに気付かなかった。また、入力した医師も指示を受けた看護師もその間違いに気付かなかった。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

①医師は指示を入力する際、単位を確認する。

②初めて処方する薬剤の処方内容は、上級医と確認する。

③指示を受けた看護師は、処方内容を確認する。

（4）まとめ

平成２０年１０月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、入力の際、画面に表示される単位を確認すること、単位間違いが起こりやすいことを認識し、処方鑑査を強化することを掲載した。

第２０回報告書分析対象期間内に報告された医療機関の取り組みは、医療安全情報で提供した内容と概ね同一のものが含まれており、それを医療機関内で周知徹底する必要があることが示唆された。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。

【14】「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」（医療安全情報№.33）について

（1）発生状況

医療安全情報№.３３（平成２１年８月提供）では、「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」を取り上げた（医療安全情報掲載件数６件　集計期間：平成１８年１月～平成２１年６月）。患者にガベキサートメシル酸塩を投与する際、添付文書の「用法・用量に関する使用上の注意」に記載されている濃度を超えて使用した事例は、平成１６年に１件、平成１７年に３件、平成２０年に２件、平成２１年に６件報告された。このうち、第２０回報告書分析対象期間（平成２１年１０月～１２月）に報告された事例は１件であった（図表Ⅲ-4-２３）。

図表Ⅲ-4-２３　「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
平成１６年				1	1
平成１７年	1	1	1	0	3
平成１８年	0	0	0	0	0
平成１９年	0	0	0	0	0
平成２０年	1	1	0	0	2
平成２１年	1	3	1	1	6

図表Ⅲ-4-２４　医療安全情報№.33「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.33　2009年8月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.33　2009年8月

ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出

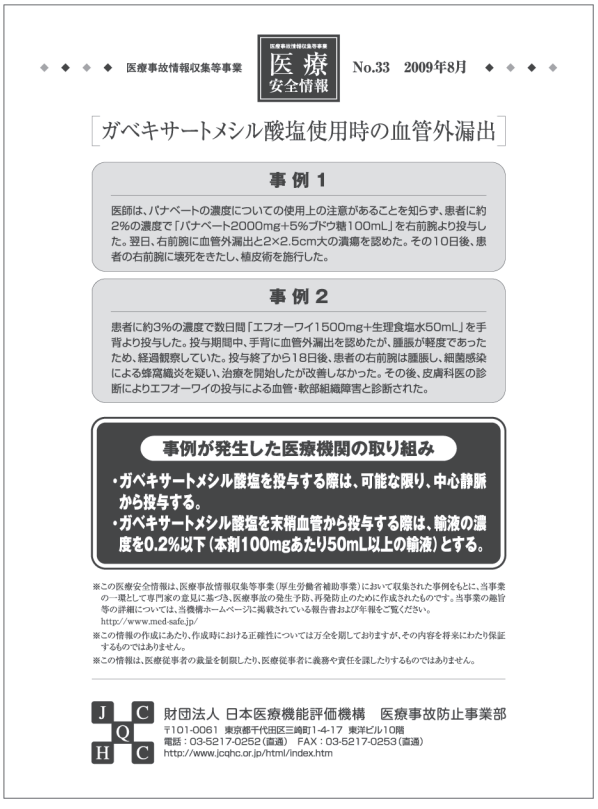
患者にガベキサートメシル酸塩を投与する際、輸液が血管外に漏出し何らかの治療を要した事例が8件報告されています。そのうち、添付文書の「用法・用量に関する使用上の注意」に記載されている濃度を超えて使用した事例が6件報告されています。（集計期間：2006年1月1日～2009年6月30日、第3回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

ガベキサートメシル酸塩は、高濃度で投与すると血管内壁を障害することがあります。

ガベキサートメシル酸塩の製品

アガリット静注用100mg	注射用パナベート100 注射用パナベート500
アロデート注射用100mg アロデート注射用500mg	注射用プロビトール100mg 注射用プロビトール500
注射用エフオーワイ100 注射用エフオーワイ500	注射用メクロセート100mg 注射用メクロセート500mg
ソクシドン注	レミナロン注射用100mg レミナロン注射用500mg

◆ガベキサートメシル酸塩の使用については添付文書をご確認ください。



医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.33　2009年8月

ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出

事例１

医師は、パナベートの濃度についての使用上の注意があることを知らず、患者に約2%の濃度で「パナベート2000mg+5%ブドウ糖100mL」を右前腕より投与した。翌日、右前腕に血管外漏出と2×2.5cm大の潰瘍を認めた。その10日後、患者の右前腕に壊死をきたし、植皮術を施行した。

事例２

患者に約3%の濃度で数日間「エフオーワイ1500mg+生理食塩水50mL」を手背より投与した。投与期間中、手背に血管外漏出を認めたが、腫脹が軽度であったため、経過観察していた。投与終了から18日後、患者の右前腕は腫脹し、細菌感染による蜂窩織炎を疑い、治療を開始したが改善しなかった。その後、皮膚科医の診断によりエフオーワイの投与による血管・軟部組織障害と診断された。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ガベキサートメシル酸塩を投与する際は、可能な限り、中心静脈から投与する。
- ガベキサートメシル酸塩を末梢血管から投与する際は、輸液の濃度を0.2%以下（本剤100mgあたり50mL以上の輸液）とする。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://www.med-safe.jp/
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10階
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
http://www.jcqhc.or.jp/html/index.htm

（2）ガベキサートメシル酸塩の製品

平成２１年１２月現在薬価収載品目は以下の通りである。

○アガリット静注用１００mg
○アロデート注射用１００mg　　○アロデート注射用５００mg
○注射用エフオーワイ１００　　○注射用エフオーワイ５００
○ソクシドン注
○注射用パナベート１００　　○注射用パナベート５００
○注射用プロピドール１００mg　　○注射用プロピドール５００
○注射用メクロセート１００mg　　○注射用メクロセート５００mg
○レミナロン注射用１００mg　　○レミナロン注射用５００mg

（3）事例概要

第２０回報告書対象期間内に報告された事例の概要を以下に示す。

事例１

患者にＤＩＣ及びショックの治療のため、「レミナロン（ガベキサートメシル酸塩）１０００mg＋５％ブドウ糖５００mL（０.２％）」を２０mL/h で末梢（左手）より３日間投与した。３日後、血小板が１.９万となりＤＩＣの治療強化のため「レミナロン（ガベキサートメシル酸塩）１６００mg＋５％ブドウ糖５００mL（０.３２％）」を２０mL/h で末梢より投与した。その翌日、左手刺入部位の皮膚壊死となり、左足に血管確保を行った。４日後、左足刺入部の皮膚壊死を認め、ガベキサートメシル酸塩による静脈炎、皮膚壊死と判断し投与を中止した。

（4）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

①ガベキサートメシル酸塩を投与する際は、中心静脈から投与する。
②薬剤の危険性に関し、再度周知徹底する。

（5）用法・用量に関連する使用上の注意について

ガベキサートメシル酸塩の添付文書では、濃度について以下のような注意喚起が記載されている。

《例：レミナロンの用法・用量に関する使用上の注意の記載》添付文書[1、2]　一部抜粋

＜用法・用量に関連する使用上の注意＞
汎発性血管内血液凝固症には
本剤は高濃度で血管内壁を障害し、注射部位及び刺入した血管に沿って静脈炎や硬結、潰瘍・壊死を起こすことがあるので、末梢血管から投与する場合、本剤１００mg あたり５０mL 以上の輸液（０.２％以下）で点滴静注することが望ましい。

（6）まとめ

平成２１年８月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、ガベキサートメシル酸塩を投与する際は、可能な限り、中心静脈から投与すること、ガベキサートメシル酸塩を末梢血管から投与する際は、輸液の濃度を０．２％以下（本剤１００mg あたり５０mL 以上の輸液）とすることを掲載した。

第２０回報告書分析対象期間内に報告された医療機関の取り組みは、医療安全情報で提供した内容と同一のものが含まれており、それを医療機関内で周知徹底することが今後も必要であることが示唆された。

引き続き、類似の事例の注意を喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。

（7）参考文献

１．レミナロン注射用１００mg 添付文書，塩野義製薬株式会社，高田製薬株式会社，２００９年６月改訂.
２．レミナロン注射用５００mg 添付文書，塩野義製薬株式会社，高田製薬株式会社，２００９年６月改訂.

【15】共有すべき医療事故情報「電話による情報伝達間違い」（第１０回報告書）について

（1）発生状況

第１０回報告書分析対象期間（平成１９年４月～６月）において、電話による情報伝達間違いに関連した事例が１件報告され、「共有すべき医療事故情報として」取り上げた。これまで、類似の事例は、平成１９年に１件、平成２１年に２件報告された。このうち、第２０回報告書分析対象期間（平成２１年１０月～１２月）に報告された事例は１件であった。

（2）事例概要

電話による情報伝達間違いに関連した事例３件の事例概要を以下に示す。

事例１

手術室で、麻酔科医の口頭指示により、患者にフェンタニルの流量を６mL/h から１mL/h に変更した。その際、麻酔科医は指示の変更を記載せず、手術記録には、「６mL/h ２日分」と記載されたままであった。病棟の看護師Ａに申し送りをする際、手術部の看護師Ｂはフェンタニルの流量を６mL/h と申し送り、また看護師Ｂもフェンタニルの流量が変更されていることを知らなかった。看護師Ａは、帰室後、フェンタニルが６mL/h ではなく１mL/h であることに気付いた。帰室１０分後、看護師Ｂは看護師Ａにフェンタニルの流量を６mL/h に変更する電話をした。病棟に送られた手術記録には訂正がなく、看護師Ａはフェンタニルの流量を１mL/h から６mL/h に変更した。その後、フェンタニルの流量が麻酔科医が指示した量と違っていることが分かった。

麻酔科医は、指示変更をした後、その内容を記録に記載しなかった。看護師Ｂは「フェンタニルを６から１へ減量」と言ったつもりであり、看護師Ａと看護師Ｂの間で確認が不十分であった。看護師Ａは電話であり指示ではないと思い、口頭指示票を使用しなかった。

事例２

担当医は患者に対し単純ＣＴ検査を行い、その結果を見たところ、血腫の有無を判断できなかったため、ＣＴ画像の読影をＰＨＳで放射線科医に依頼した。放射線科の医師は、端末から患者の前日に撮影した造影ＣＴの結果を読影し、担当医に報告した。２日後、ＭＲＩ検査により広範囲の血腫を認めた。確認すると、担当医は単純ＣＴの読影を依頼したが、放射線科医は前日の造影ＣＴを読影していたことがわかった。担当医と放射線科医は、読影の依頼についてＰＨＳでやり取りをしていた。患者名は確認したが、ＣＴ画像について、いつ撮影したものか等、読影すべきＣＴがどれであるかについての確認が不十分であった。

事例３

術中迅速細胞診の結果が検査室から電話連絡が入った。この電話を受けた担当医は、「ＰＯＳＩＴＩＶＥ」を「ＮＥＧＡＴＩＶＥ」と聞き間違え、手術後に患者と患者家族に説明した。翌日に報告用紙を見て間違い気付いた。電話での確認のみで、紙面上で確認できていなかった。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

①手術部看護師と病棟看護師が輸液と指示票で指差し呼称確認する。

②看護記録は複写のため、変更が生じた場合は、病棟・手術部ともに赤字で変更し、変更点は直接手渡しで送る。

③診断に関わる重要な検討は、媒体を用いず当人同士直接会って行う。

④読影を依頼する際は、必ず患者名、撮影日、患者ＩＤを確認する。

⑤紙面対応をするため早速ファックスを設置し、報告結果を複数確認した上で手術の進行を決める。

（4）まとめ

電子カルテやＰＨＳ等の進歩により、同じ資料等を見ながら離れた場所で行うカンファレンスや離れた場所への情報伝達が診療現場で可能となっている。このような状況で情報伝達を間違いなく行うためには、

①情報を伝える側と受け取る側が持っている情報が同じであることを確認する（患者名、画像や検査結果・指示等の内容）こと、

②最終的に伝達した内容を復唱するなどの方法で確認すること、

等が必要である。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。

【16】共有すべき医療事故情報「セントラルモニター受信患者間違い」（第１６回報告書）について

（1）発生状況

第１６回報告書分析対象期間（平成２０年１０月～１２月）において、セントラルモニター受信患者間違いに関連した事例が１件報告され、「共有すべき医療事故情報」として取り上げ、更に、第１９回報告書においても、報告書分析対象期間に該当事例が報告されたことを受け、再発・類似事例の発生状況（第１９回報告書ｐ１９３～１９４）で取りまとめた。第２０回報告書分析対象期間（平成２１年１０月～１２月）においても類似の事例が１件報告されたため、第１９回に引き続き、第２０回の報告書でも取り上げた。

これまで類似の事例は、平成１８年に１件、平成２０年に１件、平成２１年に２件報告された。このうち、第２０回報告書分析対象期間（平成２１年１０月～１２月）に報告された事例は１件であった（図表Ⅲ-４-２５）。

図表Ⅲ-４-２５　「セントラルモニター受診患者間違い」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
平成１６年				0	0
平成１７年	0	0	0	0	0
平成１８年	1	0	0	0	1
平成１９年	0	0	0	0	0
平成２０年	0	0	0	1	1
平成２１年	0	0	1	1	2

（2）事例概要

第２０回報告書対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

患者Ａと患者Ｂは同じモニターを使用して心電図をモニタリングしていた。患者Ａはモニター上心拍数が１４０～１６０台であったが、自覚症状はなかった。１時間半後、モニター上頻脈が続き、医師の指示によりジゴシン１Ａ投与後、ワソラン１Ａ＋生食５０mL を投与した。患者Ａに自覚症状はなく、血圧１０４/５０心拍数８０、モニター上心拍数１５０以上が継続していた。医師はレントゲンにより３日前から心不全所見を確認した。その４時間後、モニター上心拍数１５０以上が継続したためワソラン１Ａ＋生食５０mL を投与した。その後、看護師は患者Ａと患者Ｂの波形が連動しており、電極外れのタイミングも同じであることに気付いた。確認すると、患者Ａとして表示されている画面のチャネル番号が患者Ｂのチャネル番号と同じであり、患者Ａとして表示されていた心電図は患者Ｂの波形であった。使用していたモニターは１つのチャネル番号が複数設定できるようになっていた。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

①患者がモニター上不整脈となった場合、１２誘導、検脈を実施し、治療を要する不整脈かを判断する。

②１患者１チャネルの設定に変更する。

③業者による正しい操作方法の学習会を開催する。

（4）まとめ

第１９回報告書では、事例が発生した医療機関の改善策として以下を掲載した。

①心電図モニターを装着するときは、送信機とセントラルモニターのチャネル番号が一致していることを２名で確認する。

②セントラルモニターに登録する送信機のチャネル番号を固定する。

③機器類の管理は、当該病棟を最初に順次、中央管理とし、チャネル管理者を配置する。

④病棟内の電波の受信状況を調査した。

⑤心電図モニターの取扱説明書をメーカーから取り寄せ、機器に配置した。

第１９回の報告書と重複するが、セントラルモニターの使用においては、当該事例のように設定時に間違えが発生した場合、その間違えを発見する機会が少ない。そのため、正しく設定する方法や手順を確立することが必要であり、今回報告された医療機関においてもそのための取り組みを行っている。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。

Ⅳ　医療安全情報の提供

平成１８年度より、医療事故情報収集等事業において、報告書、年報を作成・公表する情報提供に加え、その内容の一部を事業に参加している医療機関等に対してファックス等により情報提供する事業を行っている。

平成２１年１月から平成２１年１２月までに計１２回の医療安全情報を提供した。

1　医療安全情報の事業の概要

【1】事業の目的

医療事故情報収集等事業で収集した情報に基づき、特に周知すべき情報を提供し、医療事故の発生予防、再発防止を促進することを目的とする。

【2】対象医療機関

①　医療事故情報収集・分析・提供事業報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関

②　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業参加登録医療機関

なお、これまで当事業参加医療機関以外の全病院に対し情報提供の希望を３回募り、医療安全情報No. ２７より、約４，９００医療機関へ情報提供を行っている。

【3】提供の方法

ファックスによる情報提供

なお、財団法人日本医療機能評価機構ホームページを通じて、関係者や国民に情報提供している。

【4】提供の内容

平成２１年１月から１２月まで提供した医療安全情報はＮｏ．２６～Ｎｏ．３７である（図表Ⅳ-１-１）。

医療安全情報提供後、平成２１年１２月３１日までに当事業部に報告された類似事例を図表Ⅳ-１-２に示す。また、平成１８年１２月から平成２０年１２月までに提供した医療安全情報のうち、平成２１年にも発生した類似の事例を図表Ⅳ-１-３に示す。

図表Ⅳ-１-１　医療安全情報の提供

No.	提供月	提供内容
平成 21 年		
No. 26	１月	血糖測定器への指定外の試薬の取り付け
No. 27	２月	口頭指示による薬剤量間違い
No. 28	３月	２００８年に提供した医療安全情報
No. 29	４月	小児への薬剤１０倍量間違い
No. 30	５月	アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与
No. 31	６月	２００６から２００７年に提供した医療安全情報
No. 32	７月	ウォータートラップの不完全な接続
No. 33	８月	ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出
No. 34	９月	電気メスによる薬剤の引火
No. 35	１０月	静脈ライン内に残存していたレミフェンタニル（アルチバ）による呼吸抑制
No. 36	１１月	抜歯時の不十分な情報確認
No. 37	１２月	「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ

図表Ⅳ-1-2　医療安全情報提供後に報告された類似事例

提供番号	提供後報告された事例件数	内容	事例概要
No. 27	2件	口頭指示による薬剤量間違い	医師Aは患者にケタラールを3mg（3mL）/h持続静脈投与を意図して、「時間当たり3ミリ投与するように」と口頭で医師Bに指示した。医師Bは患者に3mL（30mg）/h患者に投与した。医師Aは薬剤の単位を省略し、口頭で指示した。医師Bは内容を、復唱して医師Aに確認することをしなかった。（AN021001）
			中心静脈カテーテル挿入時、看護師Aが介助を行った。麻酔科医Bは、「ヘパ水ちょうだい」と看護師Aに口頭指示し、「ここに入れて」と声をかけた。通常、中心静脈カテーテル挿入時のヘパリン生食水は圧モニター回路用（ビガーボン液500mL＋ヘパリン2000単位にて作成）を注射器に準備して使用する。麻酔科医Bは、当然、看護師Aもそうするだろうと思っており、行動は見ていなかった。看護師Aは中心静脈カテーテル挿入の介助は初めてであり、「ヘパ水」と言われた際に、ヘパリン原液を使用すると思いヘパリン1万単位を取った。量の指示がなかったため、2～3mL注射器で吸い、カップに入れた。カップの中に入れた薬剤が少しだったため、麻酔科医Bは「もう少し入れて」と依頼し、看護師Aは残りのヘパリンを全部カップの中に入れた。麻酔科医Bは、カップにはヘパリン生食が入っていると思い、挿入前に1mL程度ヘパリンを投与した。（AN021002）
No. 29	3件	小児への薬剤10倍量間違い	当直医は、1ヶ月の患児にKCl「0.45mL」処方するところ、計算を間違え「4.5mL」を投与した。その後、徐脈、ECG上ワイドQRSを認め、SpO_2が不安定になった。確認すると、予定した10倍量を投与したことに気付いた。（AN021003）
			患児に筋弛緩薬のエスラックスを投与することとした。持続投与の場合、添付文書によれば、7μg/kg/分の投与量が必要であり、患児は6.34kgであるため2.7mg/hの量であるが、mgとmLを間違え2.5mg/hと指示すべきところ、指示2.5mL/h（25mg/h）と指示し、翌朝の発見時まで約15時間投与した。（AN021004）
			0ヶ月の未熟児に対して、インダシン投与を行うこととなった。医師は、注射指示を出す際、投与量を0.07mgとするところ、0.7mgと指示し、投与量を10倍としていた。その後、医師が、注射ラベルの確認すると、自分が指示を出したと思っていた量と違っていたのを発見した。患児には、すでに約0.55mg投与されていた。（AN021005）

提供番号	提供後報告された事例件数	内容	事例概要
No. 30	4件	アレルギーの既住がわかっている薬剤の投与	患者にペニシリン系抗生剤を投与することになった。前回入院時のサマリーにはアレルギーの既往の記載がなかったため、サワシリンの投与を開始した。翌日より頸部を中心とする発赤や熱発を認めたため、皮膚科に受診したが、薬疹は否定的であった。確認すると、過去のサマリーの患者情報欄にペニシリンアレルギーが認められていたことが記載されていた。患者情報欄の記載には、特定薬剤名でなく一般名が入力されており、今回使用したサワシリンはオーダ時にチェックされなかった。（AN021006）
			緊急入院した患者の前回入院時の看護プロファイルのアレルギー欄に「ボルタレン」と表示されていた。当院では、アレルギーがある場合、患者の個人ワークシートに記載することになっていたが、看護師はそれを忘れた。翌朝、患者は３８．２度の発熱を認めたため、別の看護師は当直医に症状を報告し、ボルタレン坐薬５０mg 投与の口頭指示を受け、患者に投与した。その後、患者に蕁麻疹、呼吸困難等が出現した。（AN021007）
			造影剤イオメロンとソルメドロール１２５mg 静脈内注射後、ＣＴ検査を施行した。その後、患者に息苦しさ、冷汗、チアノーゼが出現し、意識混濁状態となった。確認すると、造影剤アレルギー（ヨードアレルギー、オムニパーク）のある患者に造影剤使用の指示が出ていた。造影剤アレルギーがあり、前処置後の患者であるという情報がＣＴ室担当看護師に伝わっていなかった。患者はショックを起こしていたにもかかわらず、緊急時のコールがなかったため、応援が現場に到着するまでに時間がかかり、その結果、応急処置も遅れた。（AN021008）
			医師は、患者には６年前にセフェム系抗生剤で薬疹と考えられる既往があることを確認し、放射線科カルテ及び新患紹介用紙のアレルギー欄に記載したが、オーダリング画面のアレルギー薬剤の入力方法を知らず、また今まで記載したことがなく行わなかった。医師は、血液内科の主治医の指示により第３世代セフェム系抗生剤投与の指示を受けたが、この時、主治医にはセフェム系薬剤による薬疹の既往があることを伝えず、セフタジジム２ｇ２×をオーダーし、患者に投与した。翌日、患者に体幹部皮疹と軽度の膨疹を認めた。医師は、ファーストシン２ｇ２×に指示を変更し、皮膚科に診察を依頼した。皮膚科受診の結果、「体幹部に融合傾向のある紅斑を認め中毒疹を疑う、原因として複数の薬剤が開始されているため、薬剤の特定は困難」との返事があった。４日後、皮膚科再診の際、顔面から体幹・四肢に紅斑を認め増悪傾向にあり、他系統の抗生剤への変更と強ミノＣ投与の指示を受け、ミノサイクリン１００mg １×に変更した。（AN021009）

提供番号	提供後報告された事例件数	内容	事例概要
No. 33	1 件	ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出	患者に右前腕よりパナベート２０００mg＋生食５００mL（０．４％）を５日間投与し、投与の最終日に輸液が血管外漏出した。その翌日、主治医の指示によりアズノール軟膏を塗布した。７日後、潰瘍を形成し、血管外漏出から２ヵ月後、右前腕部２か所に皮膚の壊死（０．８×０．８、０．３×０．３ｃｍ大）が認められ、形成外科を受診し、壊死部デブリードマンを施行した。医師も看護師もパナベートに対する薬品の知識がなく、パナベートを基準を超えた高濃度で末梢静脈から投与した。（AN021010）

図表Ⅳ-1-3　２００９年に類似事例が発生した医療安全情報

提供番号	報告された事例件数	内容	事例概要
No.3	２件	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔	患者は、検査前に予定されていた浣腸を実施するために看護師とともに車椅子でトイレに行った。看護師は、患者に立位（前傾姿勢）でグリセリン浣腸を実施した。30 分後、患者は腹痛を訴えた。ＣＴ検査により直腸穿孔がわかり、緊急手術を実施した。（ANO21011）
			患者は、５ヶ月前に大腸内視鏡下粘膜下層剥離術（ＥＳＤ）を実施していた。その後、下部消化管内視鏡検査を実施することとなった。検査の前処置の下剤内服による処置では排便が不十分であるため、看護師は、医師の指示のもと患者に左側臥位でグリセリン浣腸を実施した。チューブを６～７cm 挿入すると抵抗感があったが、疼痛はなくグリセリン液を注入した。その後、便中に血液混入を認め、患者は、気分不快と腰痛を訴え、血圧が低下した。内視鏡検査を実施し直腸に粘膜欠損を認め、腹部ＣＴ実施により直腸穿孔がわかった。（ANO21012）
No.4	３件	薬剤の取り違え	定時処方を調剤する際、フェノバルビタール散１２０mg をフェニトインで秤量した。分包・鑑査においても誤りに気付かず病棟へ払い出し、患者に投与した。１ヶ月後の血液検査でフェノバルビタールの血中濃度が低いため確認すると、調剤する際、取り違えたことが判った。薬剤名が類似した同効薬剤が棚に並んでいた。（ANO21013）
			医師は、ノルバスク５mg １錠×１を７日分オーダリング処方したつもりであったが、実際にはノルバデックス２０mg １錠×１を７日分処方し、患者に投与した。翌日患者に嘔気出現したため、一時中止となった。投与４日後、患者の症状が落ち着いたため、内服再開する指示を指示簿に「ノルバスク再開」と記載した。患者には再びノルバデックスが与薬された。５日後、看護師が薬剤が違うことに気付いた。（ANO21014）
			イトリゾールを投与する指示があり、看護師Ａは薬剤部に取りに行った。薬剤師Ｂはワークシートに書いてあったイトリゾール１％２０mL をイソゾールだと思い、「イソゾールです」と言って看護師Ａにイソゾールを渡した。看護師Ａはそれをイトリゾールだと思って受け取り、患者にゆっくり静脈注射した。その後、患者は意識状態が悪化した。翌日、薬剤部でイソゾールの在庫確認中、１本不足していることに気が付き、薬剤を間違えたことに気付いた。（ANO21015）
No.6	４件	インスリン単位の誤解	ソルデム３Ａ　５００mL にヒューマリンＲ４単位を混注し、６０mL／h で持続輸液する指示が出ていた。看護師はソルデム３Ａ５００mL にヒューマリンＲ４mL（４００単位）を混注し、患者に投与した。２時間半後、患者に低血糖症状を認めた。（ANO21016）

提供番号	報告された事例件数	内容	事例概要
			新人看護師は、点滴の混注作業を実施した。その際、ダブルチェックを新人同士で行った。ヒューマリンＲの指示は、単位を口頭で、１０単位と指示されたが、１００単位混注した。夕方、患者に血糖測定を行ったところ、４１mg／dL であった。指示箋を再確認した際、ヒューマリンＲの混注量を１０単位のところ１００単位混注していたことに気付いた。口頭による確認作業の段階では、正しい単位を言えていたが、混注する際の確認を行わなかった。インスリン専用注射器１００単位／ mL を１０単位／ mL だと思っていた。（ANO21017）
			看護師Ａは朝、昼に更新するメイン点滴（フィジオ３５　５００mL ＋ヒューマリンＲ１０単位）を作成する際、看護師Ｂと注射ワークシートを見ながら、声だし確認し、ヒューマリンＲ１０単位混注するところ、１００単位を混注した。その後、患者は別の病棟に転棟するため、作成したメインの点滴を転棟先に持参した。看護師Ａは午後別の患者の処置をしていた際、インスリンの量を間違えたことに気付いた。患者は、その点滴をすでに投与されており、低血糖症状を起していた。（ANO21018）
			医師は、患者に中心静脈栄養ポートからのインスリンの持続投与を予定していた。インスリンを指示入力する際、ヒューマリンＲを「２４単位」と指示するところ、「２４mL」（1mL １００単位）と指示した。医師は、入力する単位（単位または用量）の違いに気付かなかった。また、入力した医師も指示を受けた看護師もその間違いに気付かなかった。（ANO21019）
No.7	７件	小児の輸液の血管外漏出	５歳の患児に、静脈ラインを留置し点滴開始した。４時間半後、輸液の漏れに気付き点滴抜去した。大腿部まで腫脹がみられ、医師の指示によりリバ湿布を行い経過観察していた。翌朝、血管の走行に沿って下腿部全体に水疱形成がみられた。（ANO21020）
			１歳６ヶ月の患児に輸液ポンプを使用して輸液を投与していた。入院２日後、輸液の血管外漏出により、留置針刺入部周辺である患児の左足背全体にびらんを認めた。血管確保部の固定は、留置針刺入部が見えない方法で行っていたため、観察が不十分であった。（ANO21021）

提供番号	報告された事例件数	内容	事例概要
			３ヶ月の患児は、細気管支炎及び肺炎の診断で入院となった。入院後， ソルデム３Ａの持続輸液を開始し抗生剤投与、吸入、気管支拡張貼用薬等による治療を開始した。その後、看護師が点滴刺入部の観察と点滴固定の交換をする際、右踵部内側に水疱の形成を認めた（刺入部は右足背）。担当の研修医に報告後、デュオアクティブドレッシング貼用し、再固定を実施した。翌日、看護師は、右下肢の腫脹に及び足背部に多数の水疱形成に気付いた。皮膚科医の診断の結果、輸液の血管外漏出によるものと診断され、ゲンタシン軟膏塗布・ガーゼ保護を行った。（ANO21022）
			１０歳の患児の血管確保を昼に行い、シーネで前腕をテープで固定した。その日の各勤務帯で担当看護師は患児の輸液を観察し、血液の逆流がなく自然滴下が良好で刺入部の腫れがない事を確認した。翌日の昼ごろ担当看護師が観察した際は特に変わりがなかったが、その約３時間後、面会に来た母親が、輸液刺入部の腫脹と前腕の腫れがある事を別の看護師に申し出た。確認すると患児は、手掌・手背・前腕にわたり腫脹し、チアノーゼを認めた。主治医の指示により、温罨法行い、皮膚科受診の結果経過観察となった。翌日、腫脹が消失した。（ANO21023）
			２歳の患児は､人工呼吸器を装着していた。右足背末梢静脈から、アミノグランド、マスキュラックス、ドルミカムを輸液ポンプとシリンジポンプを使用して持続投与していた。前日の日中より、呼吸状態の悪化、痙攣発作を繰り返している状態であった。輸液ポンプの閉塞アラームあったが、刺入部の発赤、熱感、硬結を認めなかったため点滴続行した。３時間後に輸液ポンプ流量異常アラーム、その３０分後に再度アラームが鳴り、三方活栓を確認して続行した。その後、輸液ポンプアラームが鳴り、確認すると刺入部右足背指先から下腿に腫脹、右第１から４趾足背部の白色変調認めた。ペミロック施行したが通過せず、輸液中止した。留置針は抜針せず、シーネ固定も外さずそのままとした。輸液ポンプの最初のアラームがなって８時間半後、右第１から４趾と足背、足底の一部が紫色にまだらになっているのを発見した。その後、皮膚科医師により、減張目的で１０mm 横切開を施行した。（ANO21024）
			１ヶ月の患児に輸液の漏れがあった。２日後、皮膚発赤、水疱形成を認めた。主治医の指示により、ゲンタシン塗布し様子観察していた。漏れから４日後、水疱形成し発赤軽度みられ、医師の指示でゲンタシン塗布後ハイドロサイト貼用した。輸液の漏れから９日後ハイドロサイトを除去した時、潰瘍形成を認め皮膚科受診となった。（ANO21025）

提供番号	報告された事例件数	内容	事例概要
			１４歳の患児に中心静脈ラインから輸液を投与していたが、滴下不良となり右母指に末梢ラインを確保した。留置後プロタノールとドルミカムを投与した。翌日、看護師Ａは患児の末梢ライン挿入部周囲が腫脹し白色に皮膚変色しているのを発見した。看護師Ｂは医師に報告し、点滴を抜去し、挿入部をガーゼで保護した。翌日、母指第一関節末梢が壊死状態であった。（ANO21026）
No.８	４件	手術部位の左右取り違え	「手術前日に医師と患者・家族が確認し足背に油性マジックで印を付ける」という手術部位のマーキングの取り決めに従って、前日に左足背にマーキングを行った。麻酔科医師と手術室看護師は手術室入室時に一緒に手術患者の氏名、病名、予定手術、手術部位を確認し、チックリストにサインをした。その後、医師は、手術側の左足のマーキングを確認し、両側鼠径部を診察した。右鼠径部膨隆と左鼠径部のシルクサインを認めた。医師は、手術部位、左と言いながら右を消毒し、ドレープをかけ、術野を確保し手術を施行した。この時、通常行うべき足背のマーキングを確認しなかった。手術終了後、ドレープを外した時に足背のマーキングと手術側が異なることに気付いた。（ANO21027）
			医師は、患者に左鼠径ヘルニアの手術を予定していたが、術前に手術部位をマーキングする際、触診上右側に鼠径ヘルニアの脱出を認め、右側にマーキングをし、手術を開始した。執刀の際、麻酔科医は術側が左であることに気付き、左右取り違えに気付いた。医師は手術部位のマーキングを予め行わなかった。入室時にカルテを見て、口頭で患側を確認したが、マーキング後に確認を行わなかった。（ANO21028）
			患者は、局所麻酔下での緑内障手術のため、車椅子で手術室へ入室した。入室時、担当看護師は患者及び手術部位の確認を行い、キャップを装着して、額と術側である左耳前を固定した。手術台に移動後、助手の医師が左眼周囲と結膜の消毒洗浄を行った。その後、術者がアイドレープ、オピサイト、開瞼器を右側にかけ、右側の手術を開始した。結膜・強膜を切開し薬剤の浸透を行っているときに、縮瞳していない事に気付き、診療録で術眼を確認したところ左右間違いに気付いた。（ANO21029）
			患者は、転倒による頭部外傷で救急外来に搬送された。頭部ＣＴ撮影の結果、左慢性硬膜下血腫と診断され、緊急にて穿頭ドレナージ術を施行した。血腫外膜を同定し、切開を加え、チューブを挿入したところ、内溶液が血性でなく無色透明であったことから、右側を穿頭したことに気付いた。続いて左の穿頭を施行し、手術を行った。患者は、右後頭部に約７cmの割創があり、救急外来で閉創していた。手術室で体位を取る際、ＣＴで血腫が左側にあることは確認したが、創部がある右側に硬膜下血腫があると思い込み体位を決めた。また、他の医師、看護師と手術部位の確認をしなかった。緊急手術であったため、左右を識別するリストバンドを患者に装着することを忘れた。（ANO21030）

提供番号	報告された事例件数	内容	事例概要
No.9	1件	製剤の総量と有効成分の量の間違い	患者は、スピロノラクトンを２５mg内服していたが、医師はスピロノラクトンを減量し、半量の１２.５mgを処方することにした。スピロノラクトン２５mgは錠剤であったが、それ未満の量を処方するため、医師はアルダクトンA細粒１０％（有効成分：スピロノラクトン）を製剤の総量を意図して「１２５mg」と処方入力した。薬剤師は、「mg」で処方された場合は有効成分の量を示していると思い、また、アルダクトンA（有効成分：スピロノラクトン）「１２５mg」は通常成人に投与する量として大きく逸脱していなかったことから、処方入力された「１２５mg」を有効成分の量として調剤した。患者が１２日間内服したところで薬剤部が間違いに気付いた。（ANO21031）
No.10	5件	ＭＲＩ検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み	ペースメーカーを挿入している患者が、歩行時の下肢筋力低下を主訴に整形外科を受診した。腰部脊椎管狭窄症が疑われたため、腰椎ＭＲＩをオーダーした。この時、医師は、ペースメーカーの有無の確認をせず、本来、禁忌の検査を指示した。検査室で家族立会いの下、財布、貴重品などの金属類などがないか確認し、了承を得て検査を開始した。スタッフは、次に検査をする患者に対し、ペースメーカーを装着していないかを確認していた。それを近くで聞いていた家族が当該患者はペースメーカー植込み術をしていることを申し出た。ただちに検査を中止した。（ANO21032）
			外来カルテの表紙には「メドトロ」、病名欄には「完全房室ブロック」と記載されていたが、脳外科医師はカルテを確認せずＭＲＩを指示した。外来看護師もカルテ確認せず、患者や家族にも確認しなかった。ＭＲＩ室において、技師は患者の左前胸部を触って確認したが、皮下脂肪が厚かったため気付かず、検査を開始した。６分後、技師が外来カルテをを見て完全房室ブロックの既往歴があり、ペースメーカーを挿入していることに気付き、検査を中止した。（ANO21033）
			ＭＲＩ検査の際、研修医が造影剤を投与するため患者に近づいた。この時、髪の毛をとめていた髪留め（金属性）がマグネット内に飛び込んだ。患者に危害がないことを目視と問診で確認し、続いて飛び込んだ髪留めを回収した。研修医は、ＭＲＩ検査の前に、髪留めを取り外し忘れ、検査室に入室し、引き付けられていることに気付いた時にはマグネット内に髪留めが飛び込んでいた。（ANO21034）

提供番号	報告された事例件数	内容	事例概要
			夜間救急外来に搬送された患者にＭＲＩ検査を施行することとなった。救急外来で看護師ＡはＭＲＩ用ストレッチャーに患者を移し、身体に磁性体となる物が付いていないか看護師Ｂとダブルチェックを行った。また、患者は経鼻より酸素を投与していたため、カニューレを中央配管から移動用酸素ボンベに替え、酸素ボンベはストレッチャーの下の架台に収納した。看護師Ａは患者をＭＲＩ室に搬送し、放射線技師と再度磁性体の有無を口頭で確認した。ストレッチャーが検査台に近づいたところで、ストレッチャーの下にあった酸素ボンベがガントリー内の４時の位置に吸着した。看護師Ａと放射線技師は、磁性体の有無を確認する際、院内で決められたチェックリストを使用せずに口頭で行い、マニュアルで決められている金属探知棒も使用しなかった。また、酸素ボンベがＭＲＩ対応の物でなく、またストレッチャーの下にあり視界に入りにくかった。放射線技師は、緊急のＭＲＩ検査であったため緊張していた。看護師Ａは、育児休明けであり、入室時のマニュアルがあることを知らなかった。（ANO21035）
			患者は、整形外科受診時に「４日前に受けたＭＲＩ検査で、左腰部がチクチクした。家に帰ってみたら、チクチクしたところが火傷みたいになっていた。」と申し出た。検査時に身に着けていた着衣は金糸を使ったようなジャージーであった。ジャージーの金糸模様と一致する模様の「発赤痕」を４箇所認めた。これまで類似の事例が無く、洋服に金糸が織り込まれていたことが原因だったことが判明した。患者のジャージーを確認しなかった点を改め、今後は、当院の綿の検査着に更衣することを徹底する。（ANO21036）
№11	２件	誤った患者への輸血	外来処置室で自己の血液細胞を使った細胞製剤の１００mL 投与を予定している患者が２名いた。患者Ａは来院後に点滴を開始した。スタッフが患者Ａと患者Ｂの細胞製剤を外来処置室に届けた。看護師Ｃは、そのスタッフと共に、連絡伝票と細胞製剤を照合し、外来処置室の処置台に２名分の細胞製剤を置いた。この時、外来処置室には患者Ｂは来ていなかった。看護師Ｃが、細胞製剤を取り出しているところに、患者Ａの担当看護師Ｄが来たため、引き継いだ。看護師Ｄは処置台に置いてあった細胞製剤の２つとも患者Ａに使用するものと思い、細胞製剤に輸血用ラインを付け、患者Ａに名前を名乗ってもらい、輸血ラインを接続した。２分後、患者Ａから細胞製剤に記載されている名前が違うと指摘され、患者Ａに患者Ｂの細胞製剤を接続したことに気付いた。細胞製剤は、１００mL の生理食塩水の点滴バックに詰め替えており、内容物が白濁しているため生理食塩水では無いことは明らかだが、外見は１００mL の生理食塩水のバックであり、患者名を記載したラベルが貼付されているが、潜在的に見逃される可能性があった。細胞製剤の払出しや受け渡しについては、マニュアルがなく、細胞製剤を１人ずつ届けるシステムになっていなかった。また、臨床試験では、通常準備される点滴ラベルや指示書の発行が無かった。更に、外来通常業務量が比較的ピークに達する時間帯に臨床試験の治療が重なっていた。（ANO21037）

提供番号	報告された事例件数	内容	事例概要
			医師は、患者Ａ（Ａ型）の輸血指示をＩＣＵチャートに「ＭＡＰ２単位６０／ｈ(その間輸液４０／ｈ)」と記載し､「ＭＡＰある？」と深夜勤の看護師Ｂに聞いた。ＩＣＵ内の輸血庫には患者Ｃ（Ｏ型）の血液製剤が２パックあり、看護師Ｂはそれを患者Ａの血液製剤だと思い込んだ。看護師Ｂは、そのうちの１パックを持っていき、看護師Ｄと共に血液型、ロット番号を声に出して確認し、患者Ｃ（Ｏ型）の血液製剤を患者Ａ（Ａ型）に接続した。（ANO21038）
No.14	２件	間違ったカテーテル・ドレーンの接続	勤務経験２ヶ月の看護師は、輸液ルートと膵管ドレーンが接続されている患者に抗生剤（ワイスタール注）を接続する際､輸液ルートの三方活栓に接続すべきところ、膵管ドレーンの三方活栓に接続した。（ANO21039）
			医師Ａは、小児の患者に対し胃内に注入する空気を静脈内に注入した。医師Ｂが麻酔をかけており、医師Ａが挿管した。医師Ｃは胃管を挿入し､静脈ライン用の三方活栓を胃管に接続した。術中、胃内に空気を注入するため、医師Ｃ、Ｅ、Ｆは、医師Ａに胃管に接続された三方活栓から空気を１００mL注入するよう指示した。医師Ａは、胃管には通常三方活栓は接続されておらず、接続には黄色の専用注射器を使用すると思ったが、この胃管には黄色の注射器を使用すると思ったが、この時は三方活栓と聞いたため通常の注射器を準備した。医師Ａは、胃管の三方活栓が見当たらなかったため、胃管を排液バッグ側からたどり、圧布の下で手に触れた、静脈に接続されている三方活栓を胃管に接続されている三方活栓だと思い、圧布の隙間から三方活栓に注射器を接続し空気を静脈内に注入した。（ANO21040）
No.15	３件	注射器に準備された薬剤の取り違え	トリプル負荷試験（朝食を食べずに、７時半よりインスリン（ヒューマリンＲ）、ＬＨ－ＲＨ、ＴＲＨをゆっくり静注し、３０分ごとに採血し２時間で終了の検査）を予定していた。注射薬作成する際に２人で確認し、インスリンを１単位／mLにして作った１０mLのシリンジから､使用量１．１mL（１．１単位）をとり、ＬＨ－ＲＨ、ＴＲＨと混ぜて作成し、１０mLのシリンジに患者の名前を黒ペンで書いてトレーに置いた｡残ったインスリン８．９mL（８．９単位）のシリンジも並べて置いた。静注時に、実際投与するはずだった患者の名前の書いた混合液のシリンジではなく、インスリン８．９mLが入ったシリンジの方をとり患者に投与したため、予定していた量より９倍近く過量のインスリンが静注され、一方でＬＨ－ＲＨ、ＴＲＨが投与されなかった。（ANO21041）

提供番号	報告された事例件数	内容	事例概要
			心肺停止状態の患者に対し薬剤を投与する際、医師は、シンビット５０mg を生食２０mL に溶解し、注射器にシンビットと記載した。医師は、電気的除細動を行うためにエピネフリン１Ａを静注後、シンビットを溶解した注射器を接続し４mL 投与した。注射器はそのまま三方活栓につけていた。看護師は、その注射器をエピネフリン投与後のフラッシュ用の生理食塩水が入った注射器だと思い、注射器に残っていたシンビット１６mL を投与した。（ANO21042）
			手術の際、麻酔科医の指示で看護師は、ドルミカム１．５mg を静脈注射するところ、エスラックスを投与し、患者は頻脈、呼吸困難となった。確認したところ、ドルミカムではなく、エスラックスのシールが貼付されているシリンジが三方活栓に接続されており、エスラックスを投与したことが判った。（ANO21043）
No. 17	１件	湯たんぽ使用時の熱傷	看護師Ａは、患者に対し、手術後、湯たんぽを２個準備し、１個を足元から１０センチ離したところに置き、もう１個を両下腿の間に置いた。次の勤務帯の看護師Ｂは、患者が使用している湯たんぽは足元に置いてある１個だけだと思った。その後、患者は、左大腿部の疼痛を訴えた。確認すると左大腿部内側が発赤し、熱感と３箇所の水疱形成を認めた。（ANO21044）
No. 18	１件	処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い	体重約１．２㎏の患児に抗生剤を投与する際、上級医と医師は、院内マニュアルの「セブメタ：７５－１００mg ／㎏／日、３×」を一緒に見て投与量を計算した。上級医は、一緒に計算した１日量を確認するつもりで医師に「セフメタゾン１２０ですね」と言い、指示を入力するように依頼した。医師は、「セフメタゾン１回１２０mg １日３回」と解釈して処方し、患者に投与した。（ANO21045）
No. 20	３件	伝達されなかった指示変更	研修医Ａは主治医Ｂの監督下で、患者に対し生食にフェンタニルを混ぜたものを、シリンジポンプにより６mL ／ｈで持続静注投与し、看護師が８時間ごとにシリンジを更新していた。これを１日ごとの更新にするため、研修医Ａはフェンタニルの濃度を３倍に流速を２mL ／ｈに変更し翌日から投与する注射指示を当日に入力した。この時、研修医Ａは、注射指示簿の更新を行なわず、注射濃度・流速が変更となっていることを看護師にも報告しなかった。当日のリーダーであった看護師Ｃは、患者にフェンタニルの指示があることを確認したが、組成と流量が変更になっていることを確認しなかった。翌日の早朝、フェンタニルの輸液を更新する際、研修医Ｄは注射指示通りに調整した。看護師Ｅと看護師Ｆは、ラベルと注射指示簿でダブルチェックを行った。流量を確認する段階で看護師Ｅと看護師Ｆは、これまで６mL ／ｈで持続投与されており、流量・組成変更の申し送りがないため、ラベルに２mL ／ｈと記載されていたが６mL ／ｈと書き直した上で患者に投与した。（ANO21046）

提供番号	報告された事例件数	内容	事例概要
			腎機能障害の患者に対し、プレドニゾロン１５mg 内服を開始した。その後、加療目的で入院し、ステロイドパルス療法を２日間行った。パルス療法の間、プレドニゾロン内服を中止していた。パルス療法終了後、プレドニゾロン内服を再開する指示をしていたが、医師、看護師、薬剤師間の連携が悪く再開されていなかった。パルス療法の２日後、腎機能の悪化が進行し、肺炎を合併した。その後、血液透析を週３回行い、肺炎に対し抗生剤治療も行ったが、呼吸状態やＸ線写真上の改善にも関わらず炎症反応が続いた。パルス療法終了１０日後、薬を見直したところプレドニゾロンを内服していないことに気付いた。（ANO21047）
			患者は、生体肝移植後の出血のため木曜日にＩＣＵ入室した。翌日の昼から患者にプログラフの持続注射を開始した。医師は、２日でプログラフを終了するつもりであった。２日後、プログラフがなくなり、指示書に中止の指示がなかったため、担当看護師は追加投与した。担当看護師は、持続注射を継続していると申し送りを受けていたため、主治医に確認しなかった。３日後、プログラフがなくなり、指示書にプログラフ持続注射の指示がなかったため、別の担当看護師が主治医に確認したところ、土曜日のうちに終了する予定だったプログラフの持続注射が追加更新されていたことが判った。（ANO21048）
No. 22	２件	化学療法の治療計画の処方間違い	患者は、定期的外来受診日に心不全と診断され緊急入院となった。担当代理医は入院時にオーダーを出し、内服薬の持参が無かったため循環器病薬、血液内科治療薬も併せて処方した。しかし血液内科治療薬は月１クール（４日間）投与の化学療法薬で同月の投与は血液内科にて終了していた。詳細を確認せず、患者に血液内科治療薬の処方（３日間）を内服させた。（ANO21049）
			患者は、前医の紹介状と最終受診日の処方せんを入院時に持参した。その処方せんによると、複数の薬剤が６週間処方されており、そのうち、アルケランとプレドニンは処方日から８日目を開始日として４日分処方されていた。患者は、アルケランとプレドニンを４日間服用した翌日に当院に入院した。主治医は、紹介状と処方せんを見た結果、アルケランとプレドニンを７日分継続処方し患者に投与した。その後、更に継続投与する指示を出した際、薬剤師が疑義照会し、当該薬剤はＭＰ療法のため４日間のみ内服する薬剤であり、７日間分過量投与したことがわかった。（ANO21050）

提供番号	報告された事例件数	内容	事例概要
No. 23	3件	処方入力の際の単位間違い	患児に筋弛緩薬のエスラックスを投与することとした。持続投与の場合、添付文書によれば、7μg／kg／分の投与量が必要である。患児は6.34kgであるため2.7mg／hの量であるが、mgとmLを間違え2.5mg/hと指示すべきところ、2.5mL／h（25mg／h）と指示し、翌朝の発見時まで約15時間投与した。（ANO21051）
			生後45日の超低出生体重児の患児にポンタール内服を行うことにした。主治医は、力価で1.5mg投与すべきところ、シロップ量で1.5mL（48.75mg）を処方し、看護師がその通りに投与したため、患児に予定していた約30倍の量を投与した。上級医がカルテを見て過量投与に気付いた。主治医は、ポンタールを処方するのが初めてであり、知識が不足していた。（ANO21052）
			医師は、患者に中心静脈栄養ポートからのインスリンの持続投与を予定していた。インスリンを指示入力する際、ヒューマリンRを「24単位」と指示するところ、「24mL」（1mL 100単位）と指示した。医師は、入力する単位（単位および用量）の違いに気付かなかった。また、入力した医師も指示を受けた看護師もその間違いに気付かなかった。（ANO21053）

資料１　医療事故情報収集等事業要綱

第一章　医療事故情報収集等事業

（目的）

第一条　医療法施行規則に基づく医療事故情報収集等事業（以下「本事業」という）は、医療機関から報告された医療事故情報等を、収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

（事業の構成）

第二条　本事業においては次に掲げる各号の事業を行う。

一　医療事故情報収集・分析・提供事業

二　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

三　医療安全情報提供事業

四　その他本事業の目的を達成するために必要な事業

（所管）

第三条　本事業は、財団法人日本医療機能評価機構（以下「本財団）という）特命理事（医療事故防止事業部担当）が業務を担当し、医療事故防止事業部（以下「当事業部」という）が所管する。

２　本事業の円滑な運営を図るため、本財団の寄付行為に定める委員会として設置する医療事故防止事業部運営委員会において、当事業部の活動方針の検討及び活動内容の評価等を行う。

（運営体制）

第四条　本事業の円滑な運営を図るため、当事業部において、次に掲げる部会等を開催する。

一　総合評価部会

二　専門分析班

２　総合評価部会は、医療安全の他その他の分野の専門家等により構成し、専門分析班が作成する報告書案や医療安全情報案を総合的に評価、検討する。また、分析手法等に関する技術的支援を行う。

３　専門分析班は医療安全の専門家、分析対象となる分野の専門家等により構成し、報告事例の確認、分析、対策の検討等を行い、報告書案及び医療安全情報案を作成する。また必要に応じて、医療事故情報等を報告した医療機関に対し、必要な情報の収集や訪問調査等を行う。

４　委員の委嘱期間及び報酬等は本財団の規定に従う。

（情報収集）

第五条　本事業においては医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例等を収集する。

２　当事業部は、事業参加医療機関や関連団体等に対し、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の分析、再発防止策の検討のために必要な情報を求めることができる。

（情報の提供及び公表）

第六条　本事業で収集した情報を分析、検討し、当事業部において報告書、年報及び医療安全情報として取りまとめて、医療機関、国民、関連団体、行政機関等に対し、広く提供し公表する。

（情報の取り扱い）

第七条　本事業において収集する情報は、医療事故の予防及び再発の防止による、医療安全の推進の

目的に活用する。

2　報告を行った医療機関は、正当な事由がある場合を除き、報告事例情報の確認等の過程で当事業部との間に発生した情報を当該医療機関の構成員以外に開示してはならない。

3　当事業部の職員若しくは委員又はこれらの職にあった者は、その職務上知りえた秘密を漏らしてはならない。

4　当事業部の守秘義務の対象となる情報は次に掲げる情報とする。

一　医療機関に関する情報

二　事例に関する情報

三　患者、家族、医療従事者等の個人情報

四　報告された事例に関する職務上知り得た情報

ただし、次に掲げる情報は守秘義務の対象として取り扱わない。

五　既に公表された、又は公知の事実となっている情報

六　報告を受けた後、所定の手順を経て当該医療機関ならびに関係者を特定しうる情報を削除した事例情報

七　本事業に参加している医療機関名

5　その他、守秘義務に係る遵守すべき事項については、当事業部が作成する守秘義務規定に定める。

第二章　本事業において実施する事業

第一節　医療事故情報収集・分析・提供事業

（目的）

第八条　医療事故情報収集・分析・提供事業は、事業に参加している医療機関から報告された医療事故情報等を、収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

（収集対象情報の範囲等）

第九条　医療事故その他の報告を求める情報は、次の各号に掲げる範囲の情報とする。

一　誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案

二　誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る）

三　前二号に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事案

2　当事業部は、前項の各号に規定する事故の範囲に該当する事例に関する情報を適切に収集するために、必要な報告項目を定めることができる。

（対象医療機関）

第十条　医療事故情報収集・分析・提供事業の対象とする医療機関の種類は、次項に定める報告義務

対象医療機関及び参加登録申請医療機関とする。

２　報告義務対象医療機関とは次に掲げる医療機関をいう。

一　国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所

二　独立行政法人国立病院機構の開設する病院

三　学校教育法に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）

四　特定機能病院

３　参加登録申請医療機関とは、報告義務対象医療機関以外の医療機関であって、本事業に参加を希望する医療機関であり、かつ、当事業部が定める所定の登録手続きを行った医療機関をいう。

（報告義務対象医療機関の登録手続き）

第十一条　当事業部は、報告義務対象医療機関としての要件を満たす医療機関に対して、「医療事故情報収集等事業参加登録申請書」の提出を求め、当該申請書を受理するとともに、当該医療機関に関する必要な事項の登録を行う。

（参加登録申請医療機関の登録手続き）

第十二条　参加登録申請医療機関は、「医療事故情報収集等事業参加登録申請書」に必要事項を記載し押印の上、当事業部へ郵送で申し込むこととする。

（医療機関情報の変更）

第十三条　登録を行った医療機関情報に関して変更が生じた医療機関は、速やかに変更の申請を行わなければならない。

（参加登録の取消）

第十四条　参加登録申請医療機関が何らかの事由により、医療事故情報収集・分析・提供事業への参加が困難になった場合は、当事業部に対し、参加登録取消の申請を行わなければならない。

２　報告義務対象医療機関がその要件を満たさなくなった場合、当事業部に対し、参加登録取消の申請を行わなければならない。なお、報告義務対象医療機関がその要件を満たさなくなった後も、参加登録取消の申請が行われない場合は、参加登録申請医療機関として取り扱うこととする。

３　当事業部は、参加登録申請医療機関に対し、医療事故情報収集・分析・提供事業への参加継続の意思確認を行うことができる。確認継続の意思が確認できない場合、当事業部は当該医療機関の医療事故情報収集・分析・提供事業への参加登録を取り消すことができる。

（医療機関識別情報の交付）

第十五条　当事業部は、医療事故情報収集・分析・提供事業に参加した医療機関に対し、報告に必要な医療機関識別情報（受付 ID 及びパスワード）を交付する。また、報告義務対象医療機関については、報告義務対象医療機関に指定されたことが確認された時点で、参加登録申請医療機関については、当該医療機関の申請に基づく参加登録手続きを行った後、当事業部は、医療機関の長宛に医療機関識別情報を郵送により交付する。

２　事業に参加している医療機関は、医療機関識別情報の再交付が何らかの事由で必要となった場合は、速やかに再交付の申請を行わねばならない。

３　登録の取消を行った医療機関は、医療機関識別情報の返還を行わなければならない。

（報告期限及び報告方法）

第十六条　医療事故情報収集・分析・提供事業に参加している医療機関は、当該医療機関において第九条に示す範囲に該当する事例が発生した場合には、当該事例が発生した日もしくは事例の発生を

認識した日から原則として二週間以内に、次項に掲げる方法により当該事故に関する報告を行う。

２　医療事故情報収集・分析・提供事業に参加している医療機関は、報告対象となる事例が発生した場合インターネット回線（SSL 暗号化通信方式）を通じ、Web 上の専用報告画面（報告用アドレス：https://www.accident.med-safe.jp/Accident/jsp/login.jsp）を用いて報告を行う。なお、具体的な入力方法については、当事業部が作成する事業要綱等に定めることとする。

３　報告事例の返還は行わない。また、報告を行った医療機関の求めによる修正、削除等も行わない。

（参加登録申請医療機関による報告に関する患者の同意の必要性）

第十七条　参加登録申請医療機関による報告にあたっては、事例に該当する患者の同意を得なければならない。また、患者の同意が得られない場合であっても、第十八条の規定に従って、当事業部に対し、必要な報告を行わなければならない。

（報告期日及び報告方法の例外）

第十八条　次に掲げる各号の事由に該当する場合は、第十六条に定める報告方法の例外として、当事業部が別に定める書式により報告を行うこととする。ただし、報告義務対象医療機関は、第一号の事由に該当する場合であっても、当該方法による報告を行うことができない。

一　事例の報告に先立ち患者が当事業に事例を報告することを拒否した場合

二　システムトラブル等で所定の方法で報告できない場合

三　その他報告を阻む特段の理由がある場合

２　前項に定める書式による報告を行った場合、前項第一号の事由に該当する場合は、報告を行った日より四十五日以内、第二又は第三号の事由に該当する場合は、報告が可能になり次第速やかに、第十六条に掲げる方法による報告を行わなければならない。なお、第十六条に掲げる報告を行なわない限り本事業における報告を行ったことにならない。

（事例受付番号の交付）

第十九条　当事業部は、医療機関より報告を受け付けた後、報告医療機関に対し事例受付番号を交付する。事例受付番号の有効期間は原則交付後６ヶ月とし、必要に応じて有効期限の延長を行うことができる。

（医療機関による追加情報の提供）

第二十条　本事業に参加している医療機関は、事例受付番号の有効期間おいて、報告を行った事例に関し、追加情報を報告することができる。当該追加情報は、インターネット回線（SSL 暗号化通信方式）を通じ、Web 上の専用報告画面（報告用アドレス：https://www.accident.med-safe.jp/Accident/jsp/　login.jsp）を用いて報告を行う。なお、具体的な入力方法については、当事業部が作成する事業要綱等に定めることとする。

（情報の確認）

第二十一条　当事業部は、事例受付番号の有効期間において、事業参加医療機関に対して、報告事例の内容に関する必要な情報提供を求めることができる。

（事例情報確認の方法）

第二十二条　当事業部は、事例情報の提供を求めるにあたっては、事例受付番号を記載した所定の書式を用いて、郵送により依頼を行う。

２　医療機関からの情報提供の方法は次に掲げる方法により行う。

一　郵送による情報提供

二　Web の追加情報入力システムを利用した情報提供
三　医療事故防止事業部における面談
四　専門分析班員による訪問調査

（事例分析）

第二十三条　報告を受けた事例については第四条に規定する専門分析班において、分析、検討する。

（結果の提供）

第二十四条　報告を受けた情報は、第六条に規定する報告書、年報及び医療安全情報として取りまとめて、医療機関、国民、関連団体、行政機関等に対し、広く提供し公表する。

（研修の実施）

第二十五条　当事業部は、事業の目的を達成するために、事業参加医療機関に対し、必要な研修を実施することができる。

第二節　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

（目的）

第二十六条　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業は事業に参加している医療機関から報告されたヒヤリ・ハット事例等を、収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

（収集対象情報の種類及び範囲等）

第二十七条　収集するヒヤリ・ハット事例に関する情報は、次に掲げる種類の情報とする。

一　全般コード化情報
二　記述情報

２　ヒヤリ・ハット事例の全般コード化情報は、次の各号に掲げる範囲の情報とする。

一　誤った医療行為等が、患者に実施される前に発見された事例。
二　誤った医療行為等が実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった事例。
三　誤った医療行為等が実施され、その結果、軽微もしくは中等度な処置・治療を要した事例。

３　ヒヤリ・ハット事例の記述情報は、前項に掲げるもののうち、次に掲げる範囲の情報とする。

一　収集期間ごとに定められたテーマに該当する事例。
二　テーマにかかわらず、全期間を通じて収集を行う事例。
　①　もしその行為が実施されていたら、あるいはその事象の発生に気づかなければ、患者が死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる事例
　②　薬剤の名称や形状に関連する事例、医療機器の誤操作など、薬剤・医療機器・医療用具等に由来する事例（医薬品・医療用具・諸物品が要因と考えられる事例については、併せて事例に関連した薬剤（販売）名、規格単位等の情報を収集する）
　③　その他、医療機関において安全管理担当者が十分に精査を行ったうえで、その事例の報告を行うことが医療安全の向上に貢献すると判断する事例

（収集対象とならない情報の取り扱い）

第二十八条　前条に定める記述情報の収集対象に明らかに該当しないと考えられる報告及び患者、医療従事者又は報告者等の個人を特定し得る情報は、収集の対象としないこととし、これらの情報に

ついては、当事業部は報告を受理しないことがある。

（対象医療機関の範囲）

第二十九条　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業は参加を希望する医療機関で、当事業部に登録を行った医療機関を対象として行う。

２　全般コード化情報の収集は参加登録医療機関のうち、当該医療機関の同意を得て、当事業部が定める一定の医療機関（以下「定点医療機関」という）から収集を行う。

３　記述情報の収集は参加申請登録を行った全ての医療機関から収集を行う。

（登録手続き）

第三十条　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加を希望する医療機関は、「医療事故情報収集等事業参加登録申請書」に必要事項を記載、押印の上、当事業部宛郵送により申請することとする。

（医療機関情報の変更）

第三十一条　医療事故情報収集等事業参加登録申請書により登録を行った医療機関情報に関して変更が生じた医療機関は、速やかに変更の申請を行うこととする。

（登録の取消）

第三十二条　参加登録医療機関が何らかの事由によりヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業への参加が困難となった場合は、当事業部に参加登録取消の申請を行こととする。

（定点医療機関）

第三十三条　全般コード化情報を収集する定点医療機関は、当該医療機関の同意を得て当事業部が指定する。

２　定点医療機関が何らかの事由により定点医療機関としての参加が困難になった場合は、当事業部に定点医療機関の登録取消の申請を行うものとする。

（医療機関識別情報の交付）

第三十四条　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加する医療機関には、報告に必要な医療機関識別情報（受付 ID 及びパスワード）を交付する。当事業部は、書面により医療機関の長宛に医療機関識別情報を送付する。

２　当該医療機関は、何らかの事由で医療機関識別番号の再交付が必要となった場合は、速やかに再交付の申請を行わなければならない。

３　登録の取消を行った医療機関は、医療機関識別情報の返還を行わなければならない。

（報告方法）

第三十五条　報告には次に掲げる方法による方法とし、医療機関は参加登録申請にあたっていずれかの方式を選択することとする。

一　Web 報告方式

二　指定フォーマット（CSV 形式）報告方式

２　Web 報告方式は、インターネット回線（SSL 暗号化通信方式）を通じ、Web 上の専用報告画面を（報告用ページアドレス：http//www.hiyari-hatto.jp/）用いて行う報告をいう。

３　指定フォーマット（CSV 形式）報告方式は、報告用指定フォーマット（CSV 形式）ファイルを作成し、ファイルを FD に記録し、郵送で送付することにより行う報告をいう。

（収集及び集計期間）

第三十六条　当事業部は、ヒヤリ・ハット事例の報告を、原則として随時受け付けることとする。

２　当事業部は報告された情報の集計及び、記述情報の収集テーマの設定を、いずれも四半期を単位として行う。

３　四半期毎の報告の締め切り日は、各四半期末の翌々月の第二月曜日とする。

（情報の返還）

第三十七条　当事業部に報告した情報は、報告方式に関わらず、Web 報告システムにより返還を受けることができる。

２　情報の返還は、医療機関が「ヒヤリ・ハット事例収集事業システム」画面の中の、「報告事例検索（修正・削除・返還）」画面により行う。

３　報告を受けることのできるヒヤリ・ハット事例情報とは、現に当事業部が収集を行っている期間及びその前二回分の収集期間において医療機関が報告した情報とする。それ以前の収集期間の対象となった情報は返還しない。

（情報の確認）

第三十八条　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業において、当事業部が必要と認めた場合は参加医療機関に対して報告事例の内容に関する情報提供を求めることができる。

（分析）

第三十九条　報告を受けた事例については第四条に規定する専門分析班において、分析、検討する。

（結果の提供）

第四十条　報告を受けた情報は、第六条に規定する報告書、年報及び医療安全情報として取りまとめて、医療機関、国民、関連団体、行政機関等に対し、広く提供し公表する。

（研修の実施）

第四十一条　当事業部は、事業の目的を達成するために参加医療機関に対し、必要な研修を実施することができる。

第三節　医療安全情報提供事業

（目的）

第四十二条　医療事故情報収集等事業で収集した情報に基づき、特に医療機関や国民に周知すべき情報を提供し、医療事故の発生予防・再発防止を促進することを目的とする。

（提供の方法）

第四十三条　医療安全情報提供事業において作成した医療安全情報は、次に掲げる方法により、医療機関、国民、関連団体、行政機関等に対し、広く提供、公表する。

一　ファックス

二　本財団のホームページへの掲載

三　郵送

四　その他の有効かつ実施可能な方法

第三章　雑則

（適用期日）

第四十四条　本事業要綱は平成１７年１月１８日より適用する。

本事業要綱の改正は平成１９年４月１日より適用する。

本事業要綱の改正は平成２０年４月１日より適用する。

資料２　報告義務対象医療機関一覧（２７３施設）

平成２１年１２月３１日現在

Ⅰ　医療法施行規則第十一条に基づく報告義務対象医療機関は次の通りである。

１　国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所

国立がんセンター中央病院*
国立がんセンター東病院
国立国際医療センター戸山病院
国立循環器病センター*
国立成育医療センター
国立国際医療センター国府台病院
国立精神・神経センター病院
国立長寿医療センター
国立療養所奄美和光園
国立療養所沖縄愛楽園
国立療養所菊池恵楓園
国立療養所宮古南静園
国立療養所栗生楽泉園
国立駿河療養所
国立療養所松丘保養園
国立療養所星塚敬愛園
国立療養所多磨全生園
国立療養所大島青松園
国立療養所長島愛生園
国立療養所東北新生園
国立療養所邑久光明園

２　独立行政法人国立病院機構の開設する病院

国立病院機構　北海道がんセンター
国立病院機構　札幌南病院
国立病院機構　西札幌病院
国立病院機構　函館病院
国立病院機構　道北病院
国立病院機構　帯広病院
国立病院機構　八雲病院
国立病院機構　弘前病院
国立病院機構　八戸病院
国立病院機構　青森病院
国立病院機構　盛岡病院
国立病院機構　花巻病院
国立病院機構　岩手病院
国立病院機構　釜石病院
国立病院機構　仙台医療センター
国立病院機構　西多賀病院
国立病院機構　宮城病院
国立病院機構　あきた病院
国立病院機構　山形病院
国立病院機構　米沢病院
国立病院機構　福島病院
国立病院機構　いわき病院
国立病院機構　水戸医療センター
国立病院機構　霞ヶ浦医療センター
国立病院機構　茨城東病院
国立病院機構　栃木病院
国立病院機構　宇都宮病院
国立病院機構　高崎総合医療センター
国立病院機構　沼田病院
国立病院機構　西群馬病院
国立病院機構　西埼玉中央病院
国立病院機構　埼玉病院
国立病院機構　東埼玉病院
国立病院機構　千葉医療センター
国立病院機構　千葉東病院
国立病院機構　下総精神医療センター
国立病院機構　下志津病院
国立病院機構　東京医療センター

国立病院機構　災害医療センター
国立病院機構　東京病院
国立病院機構　村山医療センター
国立病院機構　横浜医療センター
国立病院機構　久里浜アルコール症センター
国立病院機構　箱根病院
国立病院機構　相模原病院
国立病院機構　神奈川病院
国立病院機構　西新潟中央病院
国立病院機構　新潟病院
国立病院機構　さいがた病院
国立病院機構　甲府病院
国立病院機構　東長野病院
国立病院機構　まつもと医療センター松本病院
国立病院機構
　まつもと医療センター中信松本病院
国立病院機構　長野病院
国立病院機構　小諸高原病院
国立病院機構　富山病院
国立病院機構　北陸病院
国立病院機構　金沢医療センター
国立病院機構　医王病院
国立病院機構　七尾病院
国立病院機構　石川病院
国立病院機構　長良医療センター
国立病院機構　静岡てんかん・神経医療センター
国立病院機構　静岡富士病院
国立病院機構　天竜病院
国立病院機構　静岡医療センター
国立病院機構　名古屋医療センター
国立病院機構　東名古屋病院
国立病院機構　東尾張病院
国立病院機構　豊橋医療センター
国立病院機構　三重病院
国立病院機構　鈴鹿病院
国立病院機構　三重中央医療センター
国立病院機構　榊原病院
国立病院機構　福井病院
国立病院機構　あわら病院
国立病院機構　滋賀病院
国立病院機構　紫香楽病院
国立病院機構　京都医療センター
国立病院機構　宇多野病院
国立病院機構　舞鶴医療センター
国立病院機構　南京都病院
国立病院機構　大阪医療センター
国立病院機構　近畿中央胸部疾患センター
国立病院機構　刀根山病院
国立病院機構　大阪南医療センター
国立病院機構　神戸医療センター
国立病院機構　姫路医療センター
国立病院機構　兵庫青野原病院
国立病院機構　兵庫中央病院
国立病院機構　奈良医療センター
国立病院機構　松籟荘病院
国立病院機構　南和歌山医療センター
国立病院機構　和歌山病院
国立病院機構　鳥取医療センター
国立病院機構　米子医療センター
国立病院機構　松江医療センター
国立病院機構　浜田医療センター
国立病院機構　岡山医療センター
国立病院機構　南岡山医療センター
国立病院機構　呉医療センター
国立病院機構　福山医療センター
国立病院機構　広島西医療センター
国立病院機構　東広島医療センター
国立病院機構　賀茂精神医療センター
国立病院機構　関門医療センター
国立病院機構　山口宇部医療センター
国立病院機構　岩国医療センター
国立病院機構　柳井病院
国立病院機構　東徳島病院
国立病院機構　徳島病院
国立病院機構　高松医療センター
国立病院機構　善通寺病院
国立病院機構　香川小児病院
国立病院機構　四国がんセンター

国立病院機構　愛媛病院
国立病院機構　高知病院
国立病院機構　小倉医療センター
国立病院機構　九州がんセンター
国立病院機構　九州医療センター
国立病院機構　福岡病院
国立病院機構　大牟田病院
国立病院機構　福岡東医療センター
国立病院機構　佐賀病院
国立病院機構　肥前精神医療センター
国立病院機構　東佐賀病院
国立病院機構　嬉野医療センター
国立病院機構　長崎病院
国立病院機構　長崎医療センター
国立病院機構　長崎川棚医療センター
国立病院機構　熊本医療センター
国立病院機構　熊本南病院
国立病院機構　菊池病院
国立病院機構　熊本再春荘病院
国立病院機構　大分医療センター
国立病院機構　別府医療センター
国立病院機構　西別府病院
国立病院機構　宮崎東病院
国立病院機構　都城病院
国立病院機構　宮崎病院
国立病院機構　鹿児島医療センター
国立病院機構　指宿病院
国立病院機構　南九州病院
国立病院機構　沖縄病院
国立病院機構　琉球病院

３　学校教育法に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）

愛知医科大学病院*
愛知学院大学歯学部附属病院
秋田大学医学部附属病院*
旭川医科大学病院*
朝日大学歯学部附属病院
茨城県立医療大学付属病院
岩手医科大学附属病院*
愛媛大学医学部附属病院*
奥羽大学歯学部附属病院
大阪医科大学附属病院*
大阪市立大学医学部附属病院*
大阪歯科大学附属病院
大阪大学医学部附属病院*
大阪大学歯学部附属病院
大分大学医学部附属病院*
岡山大学病院*
金沢医科大学病院*
金沢大学医学部附属病院*
香川大学医学部附属病院*
鹿児島大学医学部・歯学部附属病院*
神奈川歯科大学附属病院
川崎医科大学附属病院*
関西医科大学附属枚方病院*
学校法人北里研究所　北里大学病院*
岐阜大学医学部附属病院*
九州歯科大学附属病院
九州大学病院*
京都大学医学部附属病院*
京都府立医科大学附属病院*
杏林大学医学部付属病院*
近畿大学医学部附属病院*
熊本大学医学部附属病院*
久留米大学病院*
群馬大学医学部附属病院*
慶應義塾大学病院*
神戸大学医学部附属病院*
高知大学医学部附属病院*
国際医療福祉大学病院
国際医療福祉大学塩谷病院
国際医療福祉大学附属三田病院
国際医療福祉大学附属熱海病院
埼玉医科大学附属病院*

佐賀大学医学部附属病院*
札幌医科大学附属病院*
産業医科大学病院*
滋賀医科大学医学部附属病院*
自治医科大学附属病院*
島根大学医学部附属病院*
順天堂大学医学部附属順天堂医院*
昭和大学歯科病院
昭和大学病院*
信州大学医学部附属病院*
聖マリアンナ医科大学病院*
千葉大学医学部附属病院*
筑波大学附属病院*
鶴見大学歯学部附属病院
帝京大学医学部附属病院*
東海大学医学部付属病院*
東京医科歯科大学医学部附属病院*
東京医科歯科大学歯学部附属病院
東京医科大学病院*
東京歯科大学千葉病院
東京慈恵会医科大学附属病院*
東京女子医科大学病院*
東京大学医科学研究所附属病院
東京大学医学部附属病院*
東邦大学医療センター大森病院*
東北大学病院*
徳島大学病院*
獨協医科大学病院*
鳥取大学医学部附属病院*
富山大学附属病院*
長崎大学病院*
名古屋市立大学病院*
名古屋大学医学部附属病院*
奈良県立医科大学附属病院*
新潟大学医歯学総合病院*
日本医科大学付属病院*
日本歯科大学附属病院
日本歯科大学新潟病院
日本大学医学部附属板橋病院*
日本大学歯学部付属歯科病院
日本大学松戸歯学部付属病院
浜松医科大学医学部附属病院*
兵庫医科大学病院*
弘前大学医学部附属病院*
広島大学病院*
福井大学医学部附属病院*
福岡歯科大学医科歯科総合病院
福岡大学病院*
福島県立医科大学医学部附属病院*
藤田保健衛生大学病院*
北海道医療大学病院
北海道大学病院*
松本歯科大学病院
宮崎大学医学部附属病院*
三重大学医学部附属病院*
明海大学歯学部付属明海大学病院
明治国際医療大学附属病院
山形大学医学部附属病院*
山口大学医学部附属病院*
山梨大学医学部附属病院*
横浜市立大学附属病院*
琉球大学医学部附属病院*
和歌山県立医科大学附属病院*

4　その他

防衛医科大学校病院*
大阪府立成人病センター*

（*：特定機能病院）

資料３　参加登録申請医療機関一覧（４２７施設）

平成２１年１２月３１日現在

【北海道】
北見赤十字病院
旭川赤十字病院
置戸赤十字病院
北海道社会保険病院
医療法人社団北海道恵愛会　札幌南一条病院
ふじのさわ内科クリニック
よしだ内科クリニック
西 28 デンタルクリニック
医療法人社団健生会　篠路山田歯科
名寄市立総合病院
医療法人社団　新日鐵室蘭総合病院
医療法人母恋　日鋼記念病院
北海道医療大学　歯科内科クリニック
医療法人健康会　くにもと病院
函館赤十字病院
社会福祉法人　函館厚生院　函館五稜郭病院
社会福祉法人　北海道社会事業協会帯広病院
山下整形外科クリニック
医療法人社団恩和会　旭川高砂台病院
医療法人社団朋友会　石金病院
特別医療法人恵和会　西岡病院
医療法人社団　健幸会
　高桑整形外科永山クリニック
医療法人秀友会　札幌秀友会病院
医療法人恒貴会　神居やわらぎ泌尿器科
横山歯科クリニック
医療法人渓仁会　西円山病院
医療法人社団　幸歯会　ライラック歯科医院
医療法人社団　知仁会
　富丘まごころ内科クリニック
つだ歯科矯正歯科クリニック
医療法人恒貴会　東光やわらぎ泌尿器科
医療法人社団常松会　東栄病院
北海道庁診療所
藤森歯科医院

【青森県】
八戸市立市民病院
青森県立中央病院
医療法人整友会　弘前記念病院
【岩手県】
盛岡市立病院
医療法人社団帰厚堂　南昌病院
財団法人　総合花巻病院
盛岡赤十字病院
【宮城県】
宮城社会保険病院
仙台社会保険病院
東北厚生年金病院
国家公務員共済組合連合会　東北公済病院
財団法人宮城厚生協会　坂総合病院
医療法人社団白嶺会　仙台整形外科病院
東北大学病院附属歯科医療センター
石巻赤十字病院
財団法人潤和リハビリテーション振興財団
　潤和会記念病院
医療法人社団康陽会　中嶋病院
女川町立病院
【秋田県】
秋田赤十字病院
秋田社会保険病院
能代山本医師会病院
秋田県厚生農業協同組合連合会
　由利組合総合病院
市立秋田総合病院
医療法人久盛会　秋田緑ヶ丘病院
市立横手病院
【山形県】
医療法人社団山形愛心会　庄内余目病院
社会福祉法人恩賜財団済生会　山形済生病院
【福島県】
綜合病院　福島赤十字病院

社会保険二本松病院
医療法人慈繁会付属　土屋病院
財団法人太田綜合病院附属　太田西ノ内病院
財団法人　星総合病院

【茨城県】
社会福祉法人恩賜財団済生会
　水戸済生会総合病院
医療法人社団筑波記念会　筑波記念病院
財団法人筑波メディカルセンター
　筑波メディカルセンター病院
東京医科大学霞ヶ浦病院
株式会社日立製作所　日立総合病院
医療法人社団　いとう眼科
総合病院取手協同病院
茨城県立中央病院

【栃木県】
日本赤十字社栃木県支部　足利赤十字病院
芳賀赤十字病院
社会福祉法人恩賜財団済生会支部
　栃木県済生会宇都宮病院
社団法人全国社会保険協会連合会
　宇都宮社会保険病院
医療法人報徳会　宇都宮病院
上都賀厚生農業協同組合連合会
　上都賀総合病院

【群馬県】
伊勢崎市民病院
前橋赤十字病院
原町赤十字病院
社会保険群馬中央総合病院
医療法人群馬会　群馬病院
医療法人社団美心会　黒沢病院
医療法人社団全仁会　高木病院
利根保健生活協同組合　利根中央病院
慶友整形外科病院
医療法人社団　ときざわレディスクリニック

【埼玉県】
北里大学　北里研究所
　メディカルセンター病院
さいたま赤十字病院
深谷赤十字病院
社会保険大宮総合病院
自治医科大学附属さいたま医療センター
医療法人一心会　蓮田一心会病院
医療法人社団協友会　東大宮総合病院
医療法人社団富家会　富家病院
医療法人社団武蔵野会
　新座志木中央総合病院

【千葉県】
千葉社会保険病院
千葉市立海浜病院
千葉市立青葉病院
医療法人福生会　斎藤労災病院
医療法人社団有相会　最成病院
医療法人社団千葉県勤労者医療協会
　船橋二和病院
医療法人友康会　行徳中央病院
医療法人　柏葉会　柏戸病院
医療法人社団孚誠会　浦安駅前クリニック
医療法人社団聖仁会　我孫子聖仁会病院

【東京都】
綜合病院　大森赤十字病院
日本赤十字社医療センター
学校法人北里研究所　北里大学
　北里研究所病院
総合病院　厚生中央病院
社会保険蒲田総合病院
城東社会保険病院
社会保険中央総合病院
東京厚生年金病院
国家公務員共済組合連合会　立川病院
公立学校共済組合関東中央病院
特別医療法人社団愛有会　久米川病院
医療法人社団明芳会　板橋中央総合病院
財団法人日本心臓血圧研究振興会附属
　榊原記念病院
財団法人　聖路加国際病院
NTT 東日本関東病院

医療法人社団好仁会　滝山病院
医療法人社団正志会　南町田病院
財団法人佐々木研究所附属　杏雲堂病院
財団法人愛生会　厚生荘病院
医療法人財団明理会　大和病院
国家公務員共済組合連合会　東京共済病院
昭和大学病院附属東病院
医療法人財団　河北総合病院
特定医療法人健生会　立川相互病院
青梅市立総合病院
医療法人財団　荻窪病院
社会医療法人財団大和会　武蔵村山病院
財団法人東京都医療保健協会　練馬総合病院
医療法人社団はまなす会
　芝久保内科小児科クリニック
医療法人社団康明会　日野田中病院
医療法人財団天翁会　新天本病院
医療法人社団 明芳会
　イムス葛飾ハートセンター
医療法人社団宝池会　吉川内科小児科病院
財団法人精神医学研究所附属
　東京武蔵野病院
日野市立病院
せんぽ東京高輪病院

【神奈川県】
津久井赤十字病院
学校法人北里研究所　北里大学東病院
川崎社会保険病院
社会保険相模野病院
国家公務員共済組合連合会　横須賀共済病院
医療法人社団愛心会　湘南鎌倉総合病院
昭和大学藤が丘病院
医療法人社団ジャパンメディカルアライアンス
　海老名総合病院
恩師財団　済生会横浜市東部病院
公立大学法人　横浜市立大学附属
　市民総合医療センター
独立行政法人労働者健康福祉機構
　関東労災病院
社会福祉法人　親善福祉協会
　国際親善総合病院
医療法人社団恵風会　おおり医院
医療法人社団　伊純会　診療所スカイ
医療法人柏堤会　戸塚共立第１病院
横浜市立みなと赤十字病院
医療法人社団愛心会　湘南厚木病院

【新潟県】
新潟市民病院
医療法人責善会　村上はまなす病院
医療法人白日会　黒川病院
医療法人崇徳会　長岡西病院
済生会新潟第二病院

【富山県】
金沢医科大学氷見市民病院
富山赤十字病院

【石川県】
伊藤病院
公立松任石川中央病院
金沢社会保険病院
医療法人社団　金沢宗広病院
医療法人社団東野会　東野病院
医療法人社団勝木会
　やわたメディカルセンター
浅ノ川総合病院
医療法人社団　安田内科病院
医療法人恵愛会　松南病院
医療法人社団　和楽仁　芳珠記念病院
金沢赤十字病院

【福井県】
レイクヒルズ美方病院
坂井市立三国病院
福井赤十字病院
福井社会保険病院

【山梨県】
山梨赤十字病院
社会保険山梨病院
市立甲府病院

資料

医療法人景雲会
　春日居リハビリテーション病院
【長野県】
諏訪赤十字病院
長野赤十字病院
安曇野赤十字病院
飯山赤十字病院
特定・特別医療法人慈泉会　相澤病院
昭和伊南総合病院
長野県立須坂病院
長野県厚生農業協同連合会　北信総合病院
医療法人　青樹会　一之瀬脳神経外科病院
医療法人抱生会　丸の内病院
医療法人健静会　上田病院
医療法人公生会　竹重病院
【岐阜県】
岐阜赤十字病院
朝日大学歯学部附属村上記念病院
岐阜社会保険病院
綜合病院　高山赤十字病院
特定医療法人録三会　太田病院
【静岡県】
伊豆赤十字病院
県西部浜松医療センター
裾野赤十字病院
社会保険　桜ヶ丘総合病院
三島社会保険病院
特定医療法人社団松愛会　松田病院
財団法人　神山復生病院
順天堂大学医学部附属静岡病院
ＪＡ静岡厚生連　静岡厚生病院
沼津市立病院
静岡県立こころの医療センター
慶應義塾大学
　月が瀬リハビリテーションセンター
田方保健医療対策協会
　伊豆保健医療センター
地方独立行政法人　静岡県立病院機構
　静岡県立総合病院
NTT 東日本伊豆病院
【愛知県】
小牧市民病院
愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院
社会保険中京病院
財団法人　豊田地域医療センター
名古屋掖済会病院
総合病院南生協病院
名古屋記念病院
医療法人　ごきそレディスクリニック
医療法人誠心会　大菅病院
森脇レディースクリニック
【三重県】
山田赤十字病院
四日市社会保険病院
鈴鹿回生病院
医療法人　津西産婦人科
【滋賀県】
大津赤十字病院
社会保険滋賀病院
財団法人近江兄弟社　ヴォーリズ記念病院
社会医療法人誠光会　草津総合病院
財団法人近江愛隣園　今津病院
滋賀県立小児保健医療センター
【京都府】
京都府立与謝の海病院
京都市立病院
舞鶴赤十字病院
京都第一赤十字病院
社会保険京都病院
医療法人芳松会　田辺病院
医療法人啓信会　京都きづ川病院
三菱京都病院
京都第二赤十字病院
【大阪府】
日本赤十字社大阪府支部　大阪赤十字病院
星ヶ丘厚生年金病院
医療法人愛仁会　高槻病院
医療法人藤井会　大東中央病院

医療法人愛賛会　浜田病院
医療法人祐生会　みどりヶ丘病院
関西医科大学附属滝井病院
医療法人ペガサス　馬場記念病院
独立行政法人労働者健康福祉機構
　大阪労災病院
社会医療法人真美会　中野こども病院
大阪回生病院
市立豊中病院
宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション
　淀川キリスト教病院
医療法人讃和会　友愛会病院
大阪厚生年金病院
医療法人杏和会　阪南病院
財団法人岸和田農友協会　春木病院
医療法人徳洲会　八尾徳洲会総合病院
高槻赤十字病院
健康保険組合連合会　大阪中央病院
中山製鋼所附属病院
財団法人　浅香山病院
医療法人篤友会　坂本病院
医療法人康生会　泉佐野優人会病院
医療法人社団和風会
　千里リハビリテーション病院
医療法人山紀会　山本第一病院
市立堺病院
医療法人康生会　豊中平成病院
医療法人康生会　平成記念病院
社会福祉法人恩賜財団大阪府済生会茨木病院
大阪警察病院
社会医療法人愛仁会　千船病院

【兵庫県】
市立加西病院
赤穂市民病院
神戸赤十字病院
姫路赤十字病院
社会福祉法人恩賜財団　済生会兵庫県病院
医療法人社団甲友会　西宮協立脳神経外科病院
医療法人財団姫路聖マリア会
　総合病院姫路聖マリア病院
医療法人高明会　西宮渡辺病院
医療法人社団まほし会　真星病院
三菱神戸病院
医療法人伯鳳会　赤穂中央病院
医療法人　明和病院
医療法人社団紀洋会　岡本病院
西脇市立西脇病院
社会保険神戸中央病院
医療法人社団吉徳会　あさぎり病院
医療法人明倫会　宮地病院
医療法人康雄会　西病院
医療法人尚和会　宝塚第一病院
医療法人　一誠会　大原病院
宝塚市立病院
医療法人社団樹徳会　滝谷内科医院
加古川市民病院
特定医療法人社団仙齢会　いなみ野病院
医療法人尚和会　宝塚リハビリテーション病院

【奈良県】
医療法人桂会　平尾病院
医療法人郁慈会　服部記念病院
医療法人健和会　奈良東病院

【和歌山県】
医療法人久和会　奥村マタニティクリニック
医療法人千徳会　桜ヶ丘病院

【鳥取県】
鳥取赤十字病院

【島根県】
益田赤十字病院
大田市立病院
医療法人青葉会　松江青葉病院
松江赤十字病院

【岡山県】
総合病院岡山赤十字病院玉野分院
総合病院岡山赤十字病院
財団法人津山慈風会　津山中央病院
社会福祉法人恩賜財団岡山済生会総合病院

医療法人創和会　しげい病院
【広島県】
広島赤十字・原爆病院
総合病院　三原赤十字病院
社会福祉法人恩賜財団広島県済生会
　済生会広島病院
中国電力株式会社中電病院
マツダ株式会社　マツダ病院
尾道市立市民病院
国家公務員共済組合連合会　広島記念病院
医療法人和同会　広島シーサイド病院
医療法人紅萌会　福山記念病院
【山口県】
綜合病院　山口赤十字病院
医療法人医誠会　都志見病院
【徳島県】
徳島赤十字病院
徳島県厚生農業協同組合連合会　阿南共栄病院
健康保険鳴門病院
医療法人松風会　江藤病院
医療法人明和会　田蒔病院
医療法人川島会　川島病院
医療法人凌雲会　稲次整形外科病院
医療法人平成博愛会　博愛記念病院
【香川県】
香川県立中央病院
特定医療法人財団エム・アイ・ユー
　麻田総合病院
社会医療法人財団大樹会　総合病院　回生病院
財団法人三宅医学研究所
　附属三宅リハビリテーション病院
医療法人社団和風会　橋本病院
【愛媛県】
松山赤十字病院
宇和島社会保険病院
松山笠置記念心臓血管病院
医療法人生きる会　瀬戸内海病院
市立宇和島病院
医療法人財団慈強会
　松山リハビリテーション病院
医療法人天真会　南高井病院
【高知県】
医療法人川村会　くぼかわ病院
高知県立安芸病院
高知県・高知市病院企業団立高知医療センター
高知赤十字病院
医療法人尚腎会　高知高須病院
高知県厚生農業協同組合連合会　JA 高知病院
特定医療法人　久会　図南病院
医療法人つくし会　南国病院
【福岡県】
社会保険久留米第一病院
特定医療法人青洲会　福岡青洲会病院
北九州市立若松病院
医療法人　西福岡病院
社会福祉法人小倉新栄会　新栄会病院
医療法人笠松会有吉病院
医療法人泯江堂　三野原病院
医療法人かぶとやま会
　久留米リハビリテーション病院
医療法人社団廣徳会　岡部病院
福岡赤十字病院
【佐賀県】
佐賀県立病院好生館
唐津赤十字病院
社会保険浦之崎病院
佐賀社会保険病院
泌尿器科　いまりクリニック
おおしまクリニック
医療法人社団　栄寿会　古賀小児科内科病院
医療法人光仁会　西田病院
医療法人智仁会　佐賀リハビリテーション病院
医療法人社団如水会　今村病院
医療法人天心堂　志田病院
医療法人社団三善会　山津医院
医療法人　洋友会　宮原内科
医療法人樟風会　早津江病院
小森医院

【長崎県】
佐世保市立総合病院
日本赤十字社　長崎原爆病院
日本赤十字社　長崎原爆諫早病院
健康保険諫早総合病院
医療法人社団壮志会　押渕病院
長崎県島原病院
長崎県五島中央病院
長崎市立市民病院
【熊本県】
熊本赤十字病院
健康保険人吉総合病院
健康保険天草中央総合病院
健康保険　八代総合病院
医療法人社団寿量会　熊本機能病院
医療法人室原会　菊南病院
医療法人清和会　東野病院
特定医療法人杏林会　鴻江病院
医療法人出田会　出田眼科病院
【大分県】
医療法人社団三愛会
　大分三愛メディカルセンター
大分赤十字病院
健康保険南海病院
社会医療法人敬和会　大分岡病院
医療法人　大久保病院
社会医療法人財団天心堂　へつぎ病院
【宮崎県】
医療法人慈光会　宮崎若久病院
医療法人十善会　県南病院
【鹿児島県】
川内市医師会立市民病院
医療法人潤愛会　鮫島病院
特定医療法人大進会 希望ヶ丘病院
医療法人徳洲会　鹿児島徳洲会病院
医療法人清泉会　伊集院病院
垂水市立医療センター垂水中央病院
医療法人仁風会　日高病院
社会福祉法人恩賜財団済生会鹿児島病院
医療法人慈風会　厚地脳神経外科病院
医療法人恵愛会　上村病院
医療法人卓翔会　市比野記念病院
医療法人厚生会　小原病院
医療法人玉昌会　高田病院
医療法人厚生会
　立神リハビリテーション温泉病院
医療法人敬生会　久木田整形外科病院
医療法人慈生会　ウエルフェア九州病院
【沖縄県】
沖縄赤十字病院
医療法人仁愛会　浦添総合病院

資料４　医療事故情報報告様式（項目、選択肢及び記述欄）

1. 事故発生日時と事故の概要

1	**発生年** □前年　□当年　□それ以前（　　）年を半角数字４桁で記入
2	**発生月** □１月　□２月　□３月　□４月　□５月　□６月 □７月　□８月　□９月　□１０月　□１１月　□１２月
3	**発生曜日** □月曜日　□火曜日　□水曜日　□木曜日　□金曜日　□土曜日　□日曜日 **曜日区分** □平日　□休日
4	**発生時間帯** □０時～１時台　□２時～３時台　□４時～５時台　□６時～７時台　□８時～９時台　□１０時～１１時台 □１２時～１３時台　□１４時～１５時台　□１６時～１７時台　□１８時～１９時台　□２０時～２１時台　□２２時～２３時台 □不明（　　）
5	**事故の程度** □死　　亡　□障害残存の可能性がある（高い）　□障害残存の可能性がある（低い） □障害残存の可能性なし　□障害なし　□不明（　　）
6	**事故の治療の程度** □濃厚な治療　□軽微な治療　□なし
7	**発生場所**（複数選択可） □外来診察室　□外来処置室　□外来待合室　□救急外来　□救命救急センター　□病　室 □病棟処置室　□手術室　□ＩＣＵ　□ＣＣＵ　□ＮＩＣＵ　□検査室 □カテーテル検査室　□放射線治療室　□放射線撮影室　□核医学検査室　□透析室　□分娩室 □機能訓練室　□トイレ　□廊　下　□浴　室　□階　段　□不　明 □その他（　　）
8	**事故の概要** □指示出し　□薬剤　□輸血　□治療・処置　□医療用具 □ドレーン・チューブ　□歯科医療用具　□検査　□療養上の世話　□その他（　　）
9	**特に報告を求める事例** □汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故　□院内感染による死亡や障害 □入院中に自殺又は自殺企図　□入院患者の逃走　□入院中の熱傷　□入院中の感電 □医療施設内の火災による患者の死亡や障害　□間違った保護者の許への新生児の引渡し □本事例は選択肢には該当しない
10	**関連診療科**（複数選択可） □内　科　□麻酔科　□循環器内科　□神経科　□呼吸器内科　□消化器科 □血液内科　□循環器外科　□アレルギー科　□リウマチ科　□小児科　□外　科 □整形外科　□形成外科　□美容外科　□脳神経外科　□呼吸器外科　□心臓血管外科 □小児外科　□ペインクリニック　□皮膚科　□泌尿器科　□性病科　□肛門科 □産婦人科　□産　科　□婦人科　□眼　科　□耳鼻咽喉科　□心療内科 □精神科　□リハビリテーション科　□放射線科　□歯　科　□矯正歯科 □小児歯科　□歯科口腔外科　□不　明　□その他（　　）

２．当該事故に係る患者に関する情報

11	**患者の数** □１人　　□複数（　　）
	患者の年齢（**0 歳 0 ヶ月～ 120 歳 11 ヶ月の範囲で報告。**） （　　）歳　（　　）ヶ月
	患者の性別 □男　　□女
12	**患者区分１** □入　院　　□外来（初診）　　□外来（再診）
	患者区分２ □入院（0 ～ 31 日）　□入院（32 日～）　□一般外来　□救急外来　□その他（　　）
13	**疾患名** 事故に直接関連する疾患名　（　　） 関連する疾患名　1　（　　） 関連する疾患名　2　（　　） 関連する疾患名　3　（　　）
14	**事故直前の患者の状態（複数選択可）** □意識障害　□視覚障害　□聴覚障害　□構音障害　□精神障害　□認知症・健忘 □上肢障害　□下肢障害　□歩行障害　□床上安静　□睡眠中　□せん妄状態 □薬剤の影響下　□麻酔中・麻酔前後　□その他（　　）

３．当該事故に係る医療関係者に関する情報

15	**発見者** □当事者本人　□同職種者　□他職種者　□患者本人　□家族・付き添い　□他患者　□その他（　　）
16	**当事者** □１人　□２人　□３人　□４人　□５人　□６人　□７人　□８人　□９人　□10人　□11人以上
	当事者職種 □医師　□歯科医師　□看護師　□准看護師　□薬剤師　□臨床工学技士 □助産師　□看護助手　□診療放射線技師　□臨床検査技師　□理学療法士（PT）　□管理栄養士 □栄養士　□調理師・調理従事者　□言語聴覚士（ST）　□作業療法士（OT）　□衛生検査技師　□歯科衛生士 □歯科技工士　□その他（　　）
	専門医・認定医及びその他の医療従事者の専門・認定資格
	当事者職種経験（0年0ヶ月～50年11ヶ月の範囲で報告。） （　　）年　（　　）ヶ月
	当事者部署配属期間（0年0ヶ月～50年11ヶ月の範囲で報告。） （　　）年　（　　）ヶ月
	直前１週間の当直・夜勤回数 □０回　□１回　□２回　□３回　□４回　□５回　□６回　□７回　□不明
	勤務形態 □１交替　□２交替　□３交替　□４交替　□その他（　　）
	直前１週間の勤務時間（1～150時間の範囲で報告。不明の場合は「900」と入力。） （　　）時間
16-2	**当事者２** 16と同様
16-3	**当事者３** 16と同様
16-4	**当事者４** 16と同様
16-5	**当事者５** 16と同様
16-6	**当事者６** 16と同様
16-7	**当事者７** 16と同様
16-8	**当事者８** 16と同様
16-9	**当事者９** 16と同様
16-10	**当事者10** 16と同様

16-11	**当事者 11 人以上** 11 人以上の場合は、上記と同様の入力項目を記入
17	**当事者以外の関連職種**（複数回答可） □医師　□歯科医師　□看護師　□准看護師　□薬剤師　□臨床工学技士 □助産師　□看護助手　□診療放射線技師　□臨床検査技師　□理学療法士（PT）　□管理栄養士 □栄養士　□調理師・調理従事者　□言語聴覚士（ST）　□作業療法士（OT）　□衛生検査技師　□歯科衛生士 □歯科技工士　□その他（　　）

４．発生場面・内容に関する情報

指示出し・情報伝達過程に関する項目

18	**発生場面** □指示の作成　□手書き文書による指示　□オーダリングシステムによる指示 □口頭による指示（メモあり）　□口頭による指示（メモなし）　□頻繁な指示の変更 □その他の指示出し・情報伝達過程に関する場面（　　）
19	**事故の内容** □指示出し忘れ　□指示出し遅延　□指示出し不十分　□指示出し間違い □指示受け・間違い　□指示受け・情報伝達忘れ　□指示受け・情報伝達遅延　□指示受け・情報伝達不十分 □指示受け・情報伝達間違い　□その他の指示出し・情報伝達過程に関する内容（　　）

薬剤に関する項目

18	**発生場面** **与薬準備** □与薬準備　□その他の与薬準備に関する場面（　　） **処方・与薬** □皮下・筋肉注射　□静脈注射　□動脈注射　□末梢静脈点滴　□中心静脈注射　□内服 □外用　□坐剤用　□吸入　□点鼻・点眼・点耳 □その他の処方・与薬に関する場面（　　） **調剤・製剤管理等** □内服薬調剤・管理　□注射薬調剤・管理　□血液製剤管理 □その他の調剤・製剤管理等に関する場面（　　）
	薬剤・製剤の種類 □血液製剤　□麻薬　□抗腫瘍剤　□循環器用薬　□抗糖尿病薬　□抗不安剤　□睡眠導入剤 □その他の薬剤（　　）
19	**事故の内容** **処方・与薬** □処方量間違え　□過剰与薬　□過少与薬　□与薬時間・日付間違い　□重複与薬 □禁忌薬剤の組合せ　□投与速度速すぎ　□投与速度遅すぎ　□患者間違い　□薬剤間違い □単位間違い　□投与方法間違い　□無投薬　□その他の処方・与薬に関する内容（　　） **調剤・製剤管理等** □処方箋・注射箋監査間違い　□秤量間違い調剤　□数量間違い調剤　□分包間違い調剤 □規格間違い調剤　□単位間違い調剤　□薬剤取違え調剤　□説明文書の取違え　□交付患者間違い □薬剤・製剤の取違え交付　□期限切れ製剤の交付　□その他の調剤・製剤管理等に関する内容（　　） **薬剤・血液製剤管理** □混合間違い　□薬袋・ボトルの記載間違い　□破損　□ＡＢＯ型不適合製剤の交付　□異物混入 □細菌汚染　□その他の薬剤・血液製剤管理に関する内容（　　）
20	**関連医薬品** 販売名　（　　） 剤型　（　　） 規格単位　（　　） 製造販売業者名　（　　）

資料

輸血に関する項目

18	**発生場面** □輸血検査　□放射線照射　□輸血実施　□その他の輸血に関する場面（　　）
19	**事故の内容** **輸血検査** □未実施　□検体取違え　□クロスマッチ間違い　□結果記入・入力間違い □その他の輸血検査に関する内容（　　） **血液製剤への放射線照射及び輸血に関する項目** □未実施・忘れ　□過剰照射　□患者取違え輸血　□製剤取違え輸血 □その他の血液製剤への放射線照射及び輸血に関する内容（　　）

治療・処置に関する項目

18	**発生場面** **手術** □開頭　□開胸　□開心　□開腹　□四肢　□鏡視下手術 □その他の手術　□術前準備　□術前処置　□術後処置　□その他の手術に関する場面（　　） **麻酔** □全身麻酔（吸入麻酔＋静脈麻酔）　□局所麻酔　□吸入麻酔　□静脈麻酔　□脊椎・硬膜外麻酔 □その他の麻酔に関する場面（　　） **分娩・人工妊娠中絶等** □経膣分娩　□帝王切開　□人工妊娠中絶　□その他の分娩・人工妊娠中絶等に関する場面（　　） **その他の治療** □血液浄化療法（血液透析含む）　□ＩＶＲ（血管カテーテル治療等）　□放射線治療　□ペインクリニック □リハビリテーション□観血的歯科治療　□非観血的歯科治療　□内視鏡的治療　□その他の治療に関する場面（　　） **一般的処置（チューブ類の挿入）** □中心静脈ライン　□末梢静脈ライン　□動脈ライン　□血液浄化用カテーテル □栄養チューブ（NG・ED）　□尿道カテーテル　□ドレーンに関する措置　□創傷処置 □その他のチューブ類の挿入に関する場面（　　） **救急措置** □気管挿管　□気管切開　□心臓マッサージ　□酸素療法　□血管確保 □その他の救急措置に関する場面（　　）
19	**事故の内容** □患者間違え　□部位取違え　□医療材料取違え　□診察・治療・処置等その他の取違え □方法（手技）の誤り　□未実施・忘れ　□中止・延期　□日程・時間の誤り　□順番の誤り □不必要行為の実施　□消毒・清潔操作の誤り　□患者体位の誤り　□診察・治療等のその他の誤り □誤嚥　□誤飲　□異物の体内残存　□その他の治療・処置に関する内容（　　）
20	**医療材料・歯科医療材料・諸物品** 販売名　（　　） 製造販売業者名　（　　） 購入年月　（　　）

医療用具（機器）の使用・管理に関する項目

18　発生場面

□人工呼吸器　□酸素療法機器　□麻酔器　□人工心肺　□除細動器　□ IABP
□ペースメーカー　□輸液・輸注ポンプ　□血液浄化用機器　□保育器　□内視鏡　□低圧持続吸引器
□心電図・血圧モニター　□パルスオキシメーター　□高気圧酸素療法装置
□その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する場面（　　）

19　事故の内容

□組み立て　□条件設定間違い　□設定忘れ・電源入れ忘れ　□誤作動　□医療機器の不適切使用
□故障　□保守・点検不良　□知識不足　□技術不足　□警報設定忘れ
□警報設定範囲　□便宜上警報 OFF　□記憶違い　□使用前・使用中の点検・管理ミス
□消毒・清潔操作の誤り　□破損　□その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する内容（　　）

20　医療機器・歯科医療機器

販売名　（　　）
製造販売業者名　（　　）
製造年月　（　　）
購入年月　（　　）
直近の保守・点検年月　（　　）

ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目

18　発生場面

□中心静脈ライン　□末梢動脈ライン　□動脈ライン　□気管チューブ　□気管カニューレ
□栄養チューブ（NG・ED）　□尿道カテーテル　□胸腔ドレーン　□腹腔ドレーン
□脳室・脳槽ドレーン　□皮下持続吸引ドレーン　□硬膜外カテーテル　□血液浄化用カテーテル・回路
□三方活栓　□その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面（　　）

19　事故の内容

□点滴漏れ　□自己抜去　□自然抜去　□接続はずれ　□未接続　□閉塞　□破損・切断
□接続間違い　□三方活栓操作間違い　□ルートクランプエラー　□空気混入
□その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する内容（　　）

20　医療材料・歯科医療材料・諸物品

販売名　（　　）
製造販売業者名　（　　）
購入年月　（　　）

歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理に関する項目

18　発生場面

□歯科用回転研削器具　□歯科用根管治療用器具　□歯科補綴物・充填物
□その他の歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理に関する場面（　　）

19　事故の内容

□組み立て　□条件設定間違い　□設定忘れ・電源入れ忘れ　□誤作動　□医療機器の不適切使用
□故障　□保守・点検不良　□知識不足　□技術不足　□警報設定忘れ　□警報設定範囲　□便宜上警報 OFF
□記憶違い　□使用前・使用中の点検・管理ミス　□消毒・清潔操作の誤り　□破損
□その他の歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理に関する内容（　　）

20　医療機器・歯科医療機器

販売名　（　　）
製造販売業者名　（　　）
製造年月　（　　）
購入年月　（　　）
直近の保守・点検年月　（　　）

医療材料・歯科医療材料・諸物品

販売名　（　　）
製造販売業者名　（　　）
購入年月　（　　）

検査に関する項目

18

発生場面

検体採取
□採血　□採尿　□採便　□採痰　□穿刺液
□その他の検体採取に関する場面（　　）

生理検査
□超音波検査　□心電図検査　□トレッドミル検査　□ホルター負荷心電図　□脳波検査　□筋電図検査
□肺機能検査　□その他の生理検査に関する場面（　　）

画像検査
□一般撮影　□ポータブル撮影　□ＣＴ　□ＭＲＩ　□血管カテーテル撮影　□上部消化管撮影
□下部消化管撮影　□その他の画像検査に関する場面（　　）

内視鏡検査
□上部消化管　□下部消化管　□気管支鏡　□その他の内視鏡検査に関する場面（　　）

機能検査
□耳鼻科検査　□眼科検査　□歯科検査　□その他の機能検査　□検体検査　□血糖検査（病棟での）
□病理検査　□核医学検査　□その他の検査に関する場面（　　）

19

事故の内容

□患者取違え　□検査手技・判定技術の間違い　□検体採取時のミス　□検体取違え
□検体紛失　□検体破損　□検体のコンタミネーション　□試薬管理
□分析機器・器具管理　□検査機器・器具準備　□データ取違え　□データ紛失　□計算・入力・暗記
□結果報告　□その他の検査に関する内容（　　）

20

医療機器・歯科医療機器

販売名　（　　）
製造販売業者名　（　　）
製造年月　（　　）
購入年月　（　　）
直近の保守・点検年月　（　　）

医療材料・歯科医療材料・諸物品

販売名　（　　）
製造販売業者名　（　　）
購入年月　（　　）

療養上の場面に関する項目

18

発生場面　療養上の世話については介助を伴うもの、その他の療養生活については患者が単独で行なったものとする。

療養上の世話（介助を伴うもの）
□気管内・口腔内吸引　□体位交換　□清拭　□更衣介助　□食事介助　□入浴介助
□排泄介助　□ストーマケア　□移動介助　□搬送・移送　□体温管理　□患者周辺物品管理
□配膳　□患者観察　□その他の療養上の世話に関する場面（　　）

給食・栄養
□経口摂取　□経管栄養　□その他の給食・栄養に関する場面（　　）

その他の療養生活の場面（患者が単独で行なったもの）
□散歩中　□移動中　□外出・外泊中　□食事中　□入浴中　□着替え中　□排泄中
□就寝中　□その他の療養生活に関する場面（　　）

19

事故の内容

療養上の世話・療養生活
□転倒　□転落　□衝突　□拘束・抑制　□重度な（筋層Ⅲ度・Ⅳ度に届く）褥瘡
□誤嚥　□誤飲　□誤配膳　□安静指示の不履行　□禁食指示の不履行
□その他の療養上の世話・療養生活に関する内容（　　）

搬送・移送
□取違え　□遅延　□忘れ　□搬送先間違い　□無断外出・外泊
□その他の搬送・移送に関する内容（　　）

自己管理薬
□飲み忘れ・注射忘れ　□摂取・注入量間違い　□取り違い摂取　□その他の自己管理薬に関する内容（　　）

給食・栄養
□内容の間違い　□量の間違い　□中止の忘れ　□延食の忘れ　□異物混入
□その他の給食・栄養に関する内容（　　）

20	**医療材料・歯科医療材料・諸物品** 販売名　（　　） 製造販売業者名　（　　） 購入年月　（　　）

その他

18	**発生場面** □その他
19	**事故の内容** □その他

５．当該事故の内容に関する情報

21	**実施した医療行為の目的**
22	**事故の内容**

６．当該事故に関する必要な情報

23	**発生要因**（複数選択可） □確認を怠った　□観察を怠った　□判断を誤った　□知識が不足していた　□技術・手技が未熟だった □報告が遅れた　□通常とは異なる身体的条件下にあった　□通常とは異なる心理的条件下にあった □システムに問題があった　□連携が出来ていなかった　□記録などの不備　□患者の外見・姓名が似ていた □勤務状況が繁忙だった　□環境に問題があった　□医薬品の問題　□医療機器の問題　□諸物品の問題 □施設・設備の問題　□教育・訓練に問題があった　□説明不足　□その他（　　）
24	**事故の背景・要因**
25	**事故調査委員会設置の有無**（複数選択可） □内部調査委員会設置　□外部調査委員会設置　□内部調査委員会設置予定　□外部調査委員会設置予定 □既設の医療安全に関する委員会等で対応　□現在検討中で対応は未定　□その他（　　）
26	**改善策**
27	**事故内容に関する自由記載欄**

資料５　ヒヤリ・ハット事例報告様式（項目、設定方法・選択肢及び記述欄）

ヒヤリ・ハットの発生時間等に関する情報

A　発生月

□01　1月　□02　2月　□03　3月　□04　4月　□05　5月　□06　6月
□07　7月　□08　8月　□09　9月　□10　10月　□11　11月　□12　12月　□90　不明

B　発生曜日

□01　月曜日　□02　火曜日　□03　水曜日　□04　木曜日　□05　金曜日　□06　土曜日　□07　日曜日
□90　不明

曜日区分

□01　平日　□02　休日（祝祭日を含む）　□90　不明

C　発生時間帯

□01　0時～1時台　□02　2時～3時台　□03　4時～5時台　□04　6時～7時台　□05　8時～9時台
□06　10時～11時台　□07　12時～13時台　□08　14時～15時台　□09　16時～17時台　□10　18時～19時台
□11　20時～21時台　□12　22時～23時台　□90　不明

D　発生場所

□0101　外来診察室　□0102　外来待合室　□0199　外来その他の場所（　　）
□0200　救急処置室　□0301　ナースステーション　□0302　病　室（　　）　□0303　処置室
□0304　浴室　□0399　病棟その他の場所（　　）　□0400　手術室
□0500　分娩室　□0601　ＩＣＵ　□0602　ＣＣＵ　□0603　ＮＩＣＵ
□0699　その他の集中治療室（　　）　□0700　検査室　□0800　機能訓練室
□0900　ＩＶＲ治療室　□1000　放射線撮影室・検査室　□1100　核医学検査室
□1200　放射線治療室　□1300　透析室　□1400　薬局・輸血部　□1500　栄養管理室・調理室
□1600　トイレ　□1700　廊下　□1800　階段　□9000　不明
□9901　その他の場所（院内）（　　）　□9902　その他の場所（院外）（　　）

患者に関する情報

E　患者の性別

□01　男性　□02　女性　□88　患者複数　□90　不明

F　患者の年齢

□000-019　0～19歳　□020-039　20～39歳　□040-059　40～59歳　□060-079　60～79歳
□080-150　80～150歳　□888　患者複数　□900　不明

G　患者の心身状態（複数選択可）

□0100　意識障害　□0200　視覚障害　□0300　聴覚障害　□0400　構音障害　□0500　精神障害
□0600　痴呆・健忘　□0700　上肢障害　□0800　下肢障害　□0900　歩行障害　□1000　床上安静
□1100　睡眠中　□1200　せん妄状態　□1300　薬剤の影響下　□1400　麻酔中・麻酔前後
□7700　障害なし　□9000　不明　□9900　その他（　　）

H　発見者

□01　当事者本人　□02　同職種者　□03　他職種者　□04　患者本人　□05　家族・付き添い
□06　他患者　□90　不明　□99　その他（　　）

I　当事者の職種（複数選択可）

□01　医師　□02　歯科医師　□03　助産師　□04　看護師
□05　准看護師　□06　看護助手　□07　薬剤師　□08　管理栄養士
□09　栄養士　□10　調理師・調理従事者　□11　診療放射線技師　□12　臨床検査技師
□13　衛生検査技師　□14　理学療法士（PT）　□15　作業療法士（OT）　□16　言語聴覚士（ST）
□17　歯科衛生士　□18　歯科技工士　□19　視能訓練士　□20　精神保健福祉士
□21　臨床心理士　□22　社会福祉士　□23　介護福祉士　□24　臨床工学技士
□25　児童指導員・保育士　□26　事務職員　□90　不明
□99　その他（　　）

J	**当事者の職種経験年数**（0 年 0 ヶ月～ 100 年 11 ヶ月の範囲で報告。当事者複数、年数不明の場合はその旨報告。） 000-100 （　　）年　　00-11 （　　）ヶ月　　888　当事者複数　　900　年数不明
K	**当事者の部署配属年数**（0 年 0 ヶ月～ 100 年 11 ヶ月の範囲で報告。当事者複数、年数不明の場合はその旨報告。） 000-100 （　　）年　　00-11 （　　）ヶ月　　88　当事者複数　　90　月数不明

ヒヤリ・ハットが発生した場面と内容に関する情報

オーダー・指示出し、情報伝達過程に関する項目

L　ヒヤリ・ハットが発生した場面

オーダー・指示出し

□ 010100　オーダー・指示出し

情報伝達過程

□ 020101　文書による指示受け　□ 020102　口頭による指示受け　□ 020199　その他の指示受け（　　）
□ 020201　文書による申し送り　□ 020202　口頭による申し送り
□ 020299　その他の申し送り　□ 029900　その他の情報伝達過程に関する場面（　　）

M　ヒヤリ・ハットの内容

オーダー・指示出し、情報伝達過程に関する項目

□ 010100　指示出し・指示受け・情報伝達忘れ　□ 010200　指示出し・情報伝達遅延
□ 010300　指示出し・情報伝達不十分　□ 010400　誤指示・情報伝達間違い
□ 019900　指示出し・情報伝達のその他のエラー（　　）

処方、与薬に関する項目

L　ヒヤリ・ハットが発生した場面

与薬準備

□ 110100　与薬準備

処方・与薬

□ 120101　皮下・筋肉注射　□ 120102　静脈注射　□ 120103　動脈注射　□ 120104　末梢静脈点滴
□ 120105　中心静脈注射　□ 120200　内服　□ 120300　外用　□ 120400　坐剤用
□ 120500　吸入　□ 120600　点鼻・点眼・点耳
□ 129900　その他の処方・与薬に関する場面（　　）

薬剤・製剤の種類

□ 140100　血液製剤　□ 140200　麻薬　□ 140300　抗腫瘍剤
□ 140400　循環器用薬　□ 140500　抗糖尿病薬　□ 140600　抗不安剤
□ 140700　睡眠導入剤　□ 149900　その他の薬剤（　　）

M　ヒヤリ・ハットの内容

処方・与薬

□ 110100　処方量間違い　□ 110201　過剰与薬　□ 110202　過少与薬
□ 110300　与薬時間・日付間違い　□ 110400　重複与薬　□ 110500　禁忌薬剤の組合せ
□ 110601　投与速度速すぎ　□ 110602　投与速度遅すぎ
□ 110699　その他の投与速度のエラー（　　）
□ 110700　患者間違い　□ 110800　薬剤間違い　□ 110900　単位間違い
□ 111000　投与方法間違い　□ 111100　無投薬
□ 119900　処方・与薬のその他のエラー（　　）

調剤・製剤管理等に関する項目

L

ヒヤリ・ハットが発生した場面

調剤・製剤管理等

□ 130100　内服薬調剤・管理　□ 130200　注射薬調剤・管理　□ 130300　血液製剤管理
□ 139900　その他調剤・製剤管理等に関する場面（　　）

薬剤・製剤の種類

□ 140100　血液製剤　□ 140200　麻薬　□ 140300　抗腫瘍剤
□ 140400　循環器用薬　□ 140500　抗糖尿病薬　□ 140600　抗不安剤
□ 140700　睡眠導入剤　□ 149900　その他の薬剤（　　）

M

ヒヤリ・ハットの内容

調剤・製剤管理等

□ 120100　処方箋・注射箋監査間違い　□ 120201　秤量間違い調剤　□ 120202　数量間違い調剤
□ 120203　分包間違い調剤　□ 120204　規格間違い調剤　□ 120205　単位間違い調剤
□ 120206　薬剤取り違え調剤　□ 120299　その他の調剤・製剤間違い（　　）
□ 120301　説明文書の取り違え　□ 120302　交付患者間違い　□ 120303　薬剤・製剤の取り違え交付
□ 120304　期限切れ製剤の交付　□ 120305　ＡＢＯ型不適合製剤の交付
□ 120306　その他の不適合製剤の交付（　　）
□ 120399　薬剤・血液製剤のその他の交付エラー（　　）

薬剤・血液製剤管理

□ 120401　異物混入　□ 120402　細菌汚染　□ 120403　破損　□ 120404　混合間違い
□ 120499　その他の薬剤・血液製剤管理（　　）　□ 120500　薬袋・ボトルの記載間違い
□ 120600　薬袋入れ間違い　□ 120700　薬剤紛失　□ 129900　調剤・製剤のその他のエラー（　　）

輸血に関する項目

L

ヒヤリ・ハットが発生した場面

輸血

□ 150100　輸血検査　□ 150200　放射線照射　□ 150300　輸血実施
□ 159900　その他の輸血に関する場面（　　）

M

ヒヤリ・ハットの内容

輸血検査

□ 130101　未実施　□ 130102　検体取り違え　□ 130103　クロスマッチ間違い
□ 130104　結果記入・入力間違い　□ 130199　輸血検査のその他のエラー（　　）

血液製剤への放射線照射

□ 130201　未実施・忘れ　□ 130202　過剰照射

輸血

□ 130300　患者取り違え輸血　□ 130400　製剤取り違え輸血
□ 139900　輸血のその他のエラー（　　）

診療、手術、麻酔、出産、その他の治療、処置に関する項目

L

ヒヤリ・ハットが発生した場面

手術

□ 210101　開頭　□ 210102　開胸　□ 210103　開心　□ 210104　開腹
□ 210105　四肢　□ 210106　鏡視下手術　□ 210199　その他の手術（　　）
□ 210200　術前準備　□ 210300　術前処置　□ 210400　術後処置
□ 219900　その他の手術に関する場面（　　）

麻酔

□ 220100　局所麻酔　□ 220200　脊椎・硬膜外麻酔　□ 220300　吸入麻酔
□ 220400　静脈麻酔　□ 220500　吸入麻酔＋静脈麻酔
□ 229900　その他の麻酔に関する場面（　　）

出産・人工流産

□ 230100　経膣分娩　□ 230200　帝王切開　□ 230300　医学的人工流産
□ 239900　その他の出産・人工流産に関する場面（　　）

その他の治療

□ 240100　血液浄化療法　□ 240200　ＩＶＲ　□ 240300　放射線治療
□ 240400　ペインクリニック　□ 240500　リハビリテーション　□ 240600　観血的歯科治療
□ 240700　非観血的歯科治療　□ 249900　その他

処置

（一般的処置　チューブ類の挿入）
□ 250101　中心静脈ライン　□ 250102　末梢静脈ライン　□ 250103　動脈ライン
□ 250104　血液浄化用カテーテル　□ 250105　栄養チューブ（ＮＧ・ＥＤ）　□ 250106　尿道カテーテル
□ 250199　その他のチューブ類の挿入（　　）　□ 250200　ドレーンに関する処置
□ 250300　創傷処置
（救急処置）
□ 250400　気管挿管　□ 250500　気管切開　□ 250600　心臓マッサージ
□ 259900　その他の救急処置に関する場面（　　）

診察

□ 260100　診察

M

ヒヤリ・ハットの内容

診療、手術、麻酔、出産、その他の治療、処置

□ 020101　患者取り違え　□ 020102　部位取り違え　□ 020103　医療材料取り違え
□ 020199　診察・治療・処置等のその他の取り違え（　　）
□ 020200　方法（手技）の誤り　□ 020300　未実施・忘れ　□ 020400　中止・延期
□ 020500　日程・時間の誤り　□ 020600　順番の誤り　□ 020700　不必要行為の実施
□ 020800　消毒・清潔操作の誤り　□ 020900　患者体位の誤り　□ 021001　誤飲
□ 021002　誤嚥　□ 029900　診察・治療等のその他のエラー（　　）

医療用具（機器）の使用・管理に関する項目

L

ヒヤリ・ハットが発生した場面

医療用具（機器）の使用・管理

□ 310100　人工呼吸器　□ 310200　酸素療法機器　□ 310300　麻酔器
□ 310400　人工心肺　□ 310500　除細動器　□ 310600　ＩＡＢＰ
□ 310700　ペースメーカー　□ 310800　輸液・輸注ポンプ　□ 310900　血液浄化用機器
□ 311000　インキュベーター　□ 311100　内視鏡　□ 311200　低圧持続吸引器
□ 311300　心電図・血圧モニター　□ 311400　パルスオキシメーター
□ 319900　その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する場面（　　）

M

ヒヤリ・ハットの内容

医療・歯科医療用具（機器）の誤操作

□ 140101　組立
□ 140102　条件設定間違い
□ 140103　設定忘れ・電源入れ忘れ
□ 140199　その他の誤操作（　　）

医療用具（機器）の使用・管理

□ 140200　医療・歯科医療用具（機器）の不適切使用
□ 140300　医療・歯科医療用具（機器）の誤作動
□ 140400　医療・歯科医療用具（機器）の故障
□ 140500　医療・歯科医療用具（機器）の修理ミス
□ 140600　医療・歯科医療用具（機器）の破損
□ 140700　医療・歯科医療用具（機器）の点検管理ミス
□ 149900　その他の医療・歯科医療用具（機器）の使用・管理エラー（　　）

ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目

L

ヒヤリ・ハットが発生した場面

ドレーン・チューブ類の使用・管理

□ 320100　中心静脈ライン
□ 320200　末梢動脈ライン
□ 320300　動脈ライン
□ 320400　気管チューブ
□ 320500　気管カニューレ
□ 320600　栄養チューブ（NG・ED）
□ 320700　尿道カテーテル
□ 320800　胸腔ドレーン
□ 320900　腹腔ドレーン
□ 321000　脳室・脳槽ドレーン
□ 321100　皮下持続吸引ドレーン
□ 321200　硬膜外カテーテル
□ 321300　血液浄化用カテーテル・回路
□ 321400　三方活栓
□ 329900　その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面（　　）

M

ヒヤリ・ハットの内容

ドレーン・チューブ類の使用・管理

□ 150100　点滴漏れ
□ 150200　自己抜去
□ 150300　自然抜去
□ 150400　接続はずれ
□ 150500　未接続
□ 150600　閉塞
□ 150700　破損・切断
□ 150800　接続間違い
□ 150900　三方活栓操作間違い
□ 151000　ルートクランプエラー
□ 151100　空気混入
□ 159900　ドレーン・チューブ類の使用・管理に関するその他のエラー（　　）

歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理に関する項目

L

ヒヤリ・ハットが発生した場面

歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理

□ 330100　歯科用回転研削器具
□ 330200　歯科用根管治療用器具
□ 330300　歯科補綴物・充填物
□ 339900　その他の歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理に関する場面（　　）

M

ヒヤリ・ハットの内容

医療・歯科医療用具（機器）の誤操作

□ 140101　組立
□ 140102　条件設定間違い
□ 140103　設定忘れ・電源入れ忘れ
□ 140199　その他の誤操作（　　）

歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理

□ 140200　医療・歯科医療用具（機器）の不適切使用
□ 140300　医療・歯科医療用具（機器）の誤作動
□ 140400　医療・歯科医療用具（機器）の故障
□ 140500　医療・歯科医療用具（機器）の修理ミス
□ 140600　医療・歯科医療用具（機器）の破損
□ 140700　医療・歯科医療用具（機器）の点検管理ミス
□ 149900　その他の医療・歯科医療用具（機器）の使用・管理エラー（　　）

検査に関する項目

L　ヒヤリ・ハットが発生した場面

検体採取

□ 410101　採血　□ 410102　採尿　□ 410103　採便　□ 410104　採痰
□ 410105　穿刺液　□ 410199　その他の検体採取に関する場面（　　）

生理検査

□ 410201　超音波検査　□ 410202　心電図検査　□ 410203　トレッドミル検査
□ 410204　マスター負荷心電図　□ 410205　脳波検査　□ 410206　筋電図検査
□ 410207　肺機能検査　□ 410299　その他の生理検査に関する場面（　　）

画像検査

□ 410301　一般撮影　□ 410302　ポータブル撮影　□ 410303　ＣＴ
□ 410304　ＭＲＩ　□ 410305　血管カテーテル撮影　□ 410306　上部消化管撮影
□ 410307　下部消化管撮影　□ 410399　その他の画像検査に関する場面（　　）

内視鏡検査

□ 410401　上部消化管　□ 410402　下部消化管　□ 410403　気管支鏡
□ 410499　その他の内視鏡検査に関する場面（　　）

機能検査

□ 410501　耳鼻科検査　□ 410502　眼科検査　□ 410503　歯科検査
□ 410599　その他の機能検査（　　）

その他の検査

□ 410600　検体検査　□ 410700　血糖検査（病棟での）　□ 410800　病理検査
□ 410900　核医学検査　□ 419900　その他の検査に関する場面（　　）

M　ヒヤリ・ハットの内容

検査

□ 160100　患者取り違え　□ 160200　検査手技・判定技術の間違い　□ 160300　検体採取時のミス
□ 160400　検体取り違え　□ 160500　検体紛失　□ 160600　検体破損
□ 160700　検体のコンタミネーション　□ 160800　その他の検体管理・取扱い（　　）
□ 160900　試薬管理　□ 161000　分析機器・器具管理　□ 161100　検査機器・器具準備
□ 161201　データ取り違え　□ 161202　データ紛失
□ 161299　その他のデータ管理のエラー（　　）　□ 161300　計算・入力・暗記
□ 161400　結果報告　□ 169900　その他検査のエラー（　　）

療養上の世話・療養生活の場面に関する項目

L　発生場面

療養上の世話

□ 510100　気管内・口腔内吸引　□ 510200　体位交換　□ 510300　清拭
□ 510400　更衣介助　□ 510500　食事介助　□ 510600　入浴介助　□ 510700　排泄介助
□ 510800　ストーマケア　□ 510900　移動介助　□ 511000　搬送・移送　□ 511100　体温管理
□ 511200　患者周辺物品管理　□ 511300　配膳　□ 511400　患者観察
□ 519900　その他の療養上の世話に関する場面（　　）

その他の療養生活の場面

□ 530100　散歩中　□ 530200　外出・外泊中　□ 530300　着替え中
□ 530400　移動中　□ 539900　その他の療養生活に関する場面（　　）

M

ヒヤリ・ハットの内容

療養上の世話・療養生活

□ 170101　転倒　□ 170102　転落　□ 170103　衝突　□ 170201　誤嚥
□ 170202　誤飲　□ 170300　誤配膳　□ 170401　安静指示の不履行
□ 170402　禁食指示の不履行　□ 170499　その他の指示の不履行（　　）

搬送・移送

□ 170501　取り違え　□ 170502　遅延　□ 170503　忘れ
□ 170504　搬送先間違い　□ 170599　その他の搬送・移送のエラー（　　）

自己管理薬

□ 170601　飲み忘れ・注射忘れ　□ 170602　摂取・注入量間違い　□ 170603　取り違い摂取
□ 170699　その他の自己管理薬のエラー（　　）

その他の療養上の世話・療養生活

□ 170700　無断外出・外泊　□ 179900　その他の療養上の世話・療養生活のエラー（　　）

給食・栄養に関する項目

L

発生場面

給食・栄養

□ 520100　経口摂取　□ 520200　経管栄養　□ 529900　その他の給食・栄養に関する場面（　　）

M

ヒヤリ・ハットの内容

給食・栄養

□ 180100　内容の間違い　□ 180200　量の間違い　□ 180300　中止の忘れ
□ 180400　延食の忘れ　□ 180500　異物混入
□ 189900　その他の給食・栄養のエラー（　　）

物品搬送に関する項目

L

発生場面

物品搬送

□ 610100　物品搬送

M

ヒヤリ・ハットの内容

物品搬送

□ 190100　遅延　□ 190200　忘れ　□ 190300　搬送先間違い　□ 190400　搬送中の破損
□ 199900　その他の物品搬送のエラー（　　）

放射線管理に関する項目

L

発生場面

放射線管理

□ 620100　放射線管理

M

ヒヤリ・ハットの内容

放射線管理

□ 200100　放射性物質の紛失　□ 200200　放射線漏れ　□ 209900　その他の放射線管理のエラー（　　）

診療情報管理に関する項目

L	発生場面 診療情報管理 □ 630101　医師・歯科医師記録　□ 630102　看護記録 □ 630199　その他の診療記録（　　）　□ 630200　画像データ管理 □ 630300　検査データ管理　□ 630400　検診データ管理　□ 630500　検査・処置・与薬指示表 □ 639900　その他の診療情報管理に関する場面（　　）
M	ヒヤリ・ハットの内容 診療情報管理 □ 210100　記録忘れ　□ 210200　誤記録　□ 210300　管理ミス □ 219900　その他の診療情報管理のエラー（　　）

患者・家族への説明に関する項目

L	発生場面 患者・家族への説明 □ 640100　患者家族への説明
M	ヒヤリ・ハットの内容 患者・家族への説明 □ 220100　説明不十分　□ 220200　説明間違い □ 229900　その他の患者・家族への説明のエラー（　　）

施設・設備に関する項目

L	発生場面 施設・設備 □ 650100　施設・設備
M	ヒヤリ・ハットの内容 施設・設備 □ 230100　施設構造物・設備の破損　□ 230200　施設・設備の管理ミス □ 239900　その他の施設・設備のエラー（　　）

その他に関する項目

L	発生場面 その他 □ 990000　その他（　　）
M	ヒヤリ・ハットの内容 その他 □ 990000　その他（　　）

ヒヤリ・ハットが発生した要因に関する情報

（複数選択可。ただし、医療用具（機器）・器具・医療材料、薬剤、諸物品は除く。）

当事者に関すること

	ヒヤリ・ハットの要因
N	**確認** □ 010100　確認が不十分であった　□ 019900　その他（　　） **観察** □ 020100　観察が不十分であった　□ 029900　その他（　　） **判断** □ 030100　判断に誤りがあった　□ 039900　その他（　　） **知識** □ 040100　知識が不足していた　□ 040200　知識に誤りがあった　□ 049900　その他（　　） **技術（手技）** □ 050100　技術（手技）が未熟だった　□ 050200　技術（手技）を誤った　□ 059900　その他（　　） **報告等** □ 060100　忘れた　□ 060200　不十分であった　□ 060300　間違いであった □ 060400　不適切であった　□ 069900　その他（　　） **身体的状況** □ 070100　寝不足だった　□ 070200　体調が不良だった　□ 070300　眠くなる薬を飲んでいた □ 079900　その他（　　） **心理的状況** □ 080100　慌てていた　□ 080200　イライラしていた　□ 080300　緊張していた □ 080400　他のことに気を取られていた　□ 080500　思い込んでいた □ 080600　無意識だった　□ 089900　その他（　　）

当事者に影響を及ぼした環境等に関すること

N

ヒヤリ・ハットの要因

システム

□ 110100　連絡・報告システムの不備
□ 110200　指示伝達システムの不備
□ 110300　コンピューターシステムの不備
□ 110400　作業マニュアルの不備
□ 119900　その他（　　）

連携

□ 120100　医師と看護職の連携不適切
□ 120200　医師と技術職の連携不適切
□ 120300　医師と事務職の連携不適切
□ 120400　医師間の連携不適切
□ 120500　看護職間の連携不適切
□ 120600　技術職間の連携不適切
□ 120700　多職種間の連携不適切
□ 120800　歯科医師と歯科関連職の連携不適切
□ 129900　その他（　　）

記録等の記載

□ 130100　字が汚かった
□ 130200　小さくて読みにくかった
□ 130300　記載形式が統一されてなかった
□ 130400　記載方法がわかりにくかった
□ 130500　記載漏れ
□ 139900　その他（　　）

患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似

□ 140100　患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似

勤務状況

□ 150100　多忙であった
□ 150200　勤務の管理に不備
□ 150300　作業が中断した
□ 150400　当直だった
□ 150500　当直明けだった
□ 150600　夜勤だった
□ 150700　夜勤明けだった
□ 159900　その他（　　）

環境

□ 160100　災害時だった
□ 160200　緊急時だった
□ 160300　コンピュータシステムがダウンしていた
□ 160400　照明が暗かった
□ 160500　床が濡れていた
□ 160900　その他（　　）

医療・歯科医療用具（機器）・薬剤・設備等に関すること

N

ヒヤリ・ハットの要因

医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料（複数選択不可）

□ 210100　欠陥品・不良品だった
□ 210200　故障していた
□ 210300　複数の規格が存在した
□ 210400　扱いにくかった
□ 210500　配置が悪かった
□ 210600　数が不足していた
□ 210700　管理が不十分だった
□ 210800　機器誤作動
□ 219900　その他（　　）

薬剤（複数選択不可）

□ 220100　薬剤を入れる容器が似ていた
□ 220200　薬剤の色や形態が似ていた
□ 220300　薬剤名が似ていた
□ 220400　複数の規格が存在した
□ 220500　配置が悪かった
□ 220600　管理が悪かった
□ 220700　薬剤の性質上の問題
□ 220800　薬効が似ていた
□ 220900　薬剤の略号が似ていた
□ 229900　その他（　　）

諸物品（複数選択不可）

□ 230100　欠陥品・不良品だった
□ 230200　故障していた
□ 230300　複数の規格が存在した
□ 230400　扱いにくかった
□ 230500　配置が悪かった
□ 230600　数が不足していた
□ 230700　管理が不十分だった
□ 239900　その他（　　）

施設・設備

（保守管理が不十分）
□ 240101　電気系統
□ 240102　空調
□ 240103　衛生設備
□ 240104　通信設備
□ 240105　昇降設備
□ 240199　その他の保守管理に関する問題（　　）

□ 240200　施設構造物に関する問題
□ 249900　施設構造物以外で施設・設備に関するその他の問題（　　）

教育・訓練に関すること

N	**ヒヤリ・ハットの要因** **教育・訓練** □ 310100　教育・訓練が不十分だった　□ 310200　マニュアルに不備があった □ 310300　カリキュラムに不備があった　□ 319900　その他（　　）

説明・対応に関すること

N	**ヒヤリ・ハットの要因** **患者・家族への説明** □ 410100　説明が不十分であった　□ 410200　説明に誤りがあった □ 410300　患者・家族の理解が不十分であった　□ 419900　その他（　　） **その他** □ 990000　その他（　　）

間違いの実施の有無及びヒヤリ・ハットの影響度

O	**間違いの有無及びヒヤリ・ハットの影響度** **間違いが実施前に発見された事例** □ 0101　仮に実施されていても、患者への影響は小さかった（処置不要）と考えられる □ 0102　仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度（処置が必要）と考えられる □ 0103　仮に実施されていた場合、身体への影響は大きい（生命に影響しうる）と考えられる **その他の事例** □ 0200　間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例 □ 9000　不明 □ 9900　その他

備考

P	**備考** コード選択と「その他」欄への入力だけでは不十分な場合、文字入力（全角 500 字）

資料６　ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧（２３２施設）

平成２１年１２月３１日現在

定点医療機関とはヒヤリ・ハット事例収集において全般コード化情報及び記述情報の報告を行なう医療機関を指す。

北海道大学病院
独立行政法人国立病院機構　北海道がんセンター
独立行政法人国立病院機構　西札幌病院
独立行政法人国立病院機構　八雲病院
北見赤十字病院
旭川赤十字病院
北海道社会保険病院
医療法人　王子総合病院
特定医療法人社団カレスサッポロ
　時計台記念病院
特定医療法人北海道循環器病院
医療法人社団　高橋病院
医療法人社団愛心館　愛心メモリアル病院
ふじのさわ内科クリニック
弘前大学医学部附属病院
青森県立中央病院
青森県立はまなす医療療育センター
八戸赤十字病院
岩手医科大学附属病院
独立行政法人国立病院機構　岩手病院
宮城県立がんセンター
大河原町外１市２町保健医療組合
　みやぎ県南中核病院
公立志津川病院
塩竈市立病院
仙台社会保険病院
東北厚生年金病院
医療法人社団蔵王会　仙南サナトリウム
財団法人宮城厚生協会　長町病院
秋田大学医学部附属病院
市立大森病院
秋田赤十字病院
医療法人正観会　御野場病院
山形大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　山形病院
独立行政法人国立病院機構　米沢病院
公立置賜総合病院
綜合病院　福島赤十字病院
社会保険二本松病院
北福島医療センター
財団法人太田綜合病院附属　太田西ノ内病院
独立行政法人国立病院機構　霞ヶ浦医療センター
独立行政法人国立病院機構　茨城東病院
恩賜財団済生会支部茨城県済生会　龍ヶ崎済生会病院
医療法人貞心会　慶和病院
医療法人博仁会　志村大宮病院
医療法人社団善仁会　小山記念病院
医療法人社団筑波記念会　筑波記念病院
医療法人恒貴会　協和中央病院
東京医科大学霞ヶ浦病院
医療法人博郁会　椎名産婦人科
獨協医科大学病院
独立行政法人国立病院機構　宇都宮病院
社団法人全国社会保険協会連合会　宇都宮社会保険病院
医療法人報徳会　宇都宮病院
桐生厚生総合病院
公立碓氷病院
公立富岡総合病院
伊勢崎市民病院
原町赤十字病院
医療法人社団美心会　黒沢病院
埼玉医科大学病院

深谷赤十字病院
医療法人財団健和会　みさと健和病院
埼玉医療生活協同組合　羽生総合病院
独立行政法人国立病院機構　下志津病院
東陽病院
国保松戸市立病院
千葉社会保険病院
JFE 健康保険組合川鉄千葉病院
帝京大学医学部附属病院
杏林大学医学部付属病院
日本医科大学付属病院
日本大学医学部附属板橋病院
独立行政法人国立病院機構　東京医療センター
国立がんセンター中央病院
社会保険中央総合病院
医療法人社団関川会　関川病院
特別医療法人社団愛有会　久米川病院
日本歯科大学附属病院
東京医科大学病院
東芝病院
東京医療生活協同組合　中野総合病院
学校法人北里研究所　北里大学病院
東海大学医学部付属病院
独立行政法人国立病院機構　相模原病院
独立行政法人国立病院機構　神奈川病院
独立行政法人国立病院機構　箱根病院
神奈川県立こども医療センター
厚木市立病院
社会保険横浜中央病院
国家公務員共済組合連合会　横須賀共済病院
医療法人社団愛心会　湘南鎌倉総合病院
医療法人徳洲会　大和徳洲会病院
学校法人北里研究所　北里大学東病院
独立行政法人国立病院機構　さいがた病院
新潟市民病院
富山赤十字病院
富山県済生会高岡病院
伊藤病院
金沢医科大学病院
独立行政法人国立病院機構　金沢医療センター
石川県立中央病院
金沢社会保険病院
医療法人財団愛生会　浜野西病院
医療法人社団東野会　東野病院
医療法人社団勝木会
　やわたメディカルセンター
NTT 西日本金沢病院
独立行政法人国立病院機構　福井病院
福井赤十字病院
社会福祉法人恩賜財団　福井県済生会病院
財団法人新田塚医療福祉センター　福井総合病院
山梨大学医学部附属病院
山梨県立中央病院
山梨赤十字病院
社会保険山梨病院
医療法人聰心会　韮崎相互病院
信州大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構
　まつもと医療センター　松本病院
独立行政法人国立病院機構
　まつもと医療センター　中信松本病院
長野県立須坂病院
諏訪赤十字病院
長野赤十字病院
下伊那赤十字病院
長野県厚生連　佐久総合病院
医療法人中信勤労者医療協会　松本協立病院
松本歯科大学病院
独立行政法人国立病院機構　長良医療センター
羽島市民病院
岐阜社会保険病院
墨俣医院
特定医療法人社団松愛会　松田病院
財団法人復康会　沼津中央病院
公立大学法人名古屋市立大学病院
藤田保健衛生大学病院
独立行政法人国立病院機構　東名古屋病院
一宮市立市民病院

岡崎市民病院
西尾市民病院
小牧市民病院
春日井市民病院
名古屋第二赤十字病院
社会保険中京病院
国家公務員共済組合連合会　名城病院
医療法人豊田会　刈谷豊田総合病院
山田赤十字病院
鈴鹿回生病院
独立行政法人国立病院機構　滋賀病院
長浜赤十字病院
独立行政法人国立病院機構　舞鶴医療センター
独立行政法人国立病院機構　南京都病院
綾部市立病院
医療法人　岸本病院
医療法人啓信会　京都きづ川病院
社会福祉法人京都社会事業団　京都桂病院
公立大学法人大阪市立大学医学部附属病院
近畿大学医学部附属病院
国立循環器病センター
市立吹田市民病院
医療法人愛仁会　高槻病院
医療法人美杉会　佐藤病院
医療法人永寿会　福島病院
医療法人藤井会　大東中央病院
医療法人宝生会ＰＬ病院
関西医科大学附属滝井病院
兵庫医科大学病院
独立行政法人国立病院機構　姫路医療センター
独立行政法人国立病院機構　兵庫中央病院
独立行政法人国立病院機構　兵庫青野原病院
公立豊岡病院組合公立豊岡病院
赤穂市民病院
神戸赤十字病院
医療法人回生会　宝塚病院
医療法人社団甲友会　西宮協立脳神経外科病院
医療法人財団　神戸海星病院
財団法人先端医療振興財団　先端医療センター
独立行政法人国立病院機構　松籟荘病院
公立大学法人和歌山県立医科大学附属病院
鳥取市立病院
独立行政法人国立病院機構　米子医療センター
独立行政法人国立病院機構　鳥取医療センター
鳥取赤十字病院
町立奥出雲病院
益田赤十字病院
川崎医科大学附属病院
独立行政法人国立病院機構　岡山医療センター
総合病院岡山赤十字病院
社会福祉法人恩賜財団岡山済生会総合病院
医療法人社団操仁会　岡山第一病院
財団法人津山慈風会　津山中央病院
広島大学病院
独立行政法人国立病院機構
　東広島医療センター
独立行政法人国立病院機構
　賀茂精神医療センター
総合病院　三原赤十字病院
医療法人社団　井野口病院
医療法人聖比留会　セントヒル病院
独立行政法人国立病院機構　東徳島病院
健康保険鳴門病院
なぎさ会沖の洲病院
独立行政法人国立病院機構　善通寺病院
香川県立中央病院
高松赤十字病院
特定医療法人財団エム・アイ・ユー
　麻田総合病院
独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター
独立行政法人労働者健康福祉機構　愛媛労災病院
松山赤十字病院
高知大学医学部附属病院
高知赤十字病院
医療法人尚腎会　高知高須病院
産業医科大学病院
福岡大学病院
久留米大学病院

独立行政法人国立病院機構　九州がんセンター
済生会福岡総合病院
特定医療法人青洲会　福岡青洲会病院
佐賀県立病院好生館
社会福祉法人恩賜財団済生会唐津病院
特定医療法人祐愛会　織田病院
佐世保市立総合病院
日本赤十字社　長崎原爆病院
健康保険諫早総合病院
社会医療法人　長崎記念病院
熊本大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　熊本南病院
健康保険人吉総合病院
健康保険天草中央総合病院
健康保険　八代総合病院
独立行政法人国立病院機構　別府医療センター
公立おがた総合病院
大分赤十字病院
医療法人　大久保病院
社会福祉法人恩賜財団済生会鹿児島病院
川内市医師会立市民病院
沖縄赤十字病院

資料７　ヒヤリ・ハット事例収集事業参加登録医療機関（定点外）一覧（９７８施設）

平成２１年１２月３１日現在

【北海道】
医療法人健康会　くにもと病院
札幌医科大学附属病院
旭川医科大学病院
独立行政法人国立病院機構　札幌南病院
独立行政法人国立病院機構　帯広病院
独立行政法人国立病院機構　道北病院
市立三笠総合病院
清水赤十字病院
栗山赤十字病院
函館赤十字病院
小清水赤十字病院
浦河赤十字病院
置戸赤十字病院
総合病院　釧路赤十字病院
総合病院伊達赤十字病院
社会福祉法人北海道社会事業協会　小樽病院
北海道厚生農業協同組合連合会　札幌厚生病院
札幌社会保険総合病院
医療法人回生会　大西病院
土田病院
医療法人サンプラザ　新札幌循環器病院
医療法人潤和会　札幌ひばりが丘病院
医療法人秀友会　札幌秀友会病院
医療法人　禎心会病院
医療法人社団カレスサッポロ　北光記念病院
医療法人　新さっぽろ脳神経外科病院
五稜会病院
医療法人母恋　天使病院
医療法人　愛全病院
医療法人社団函館脳神経外科病院
医療法人　河西外科病院
医療法人社団健和会　大村病院
医療法人医仁会　中村記念病院
医療法人社団北海道恵愛会　札幌南一条病院
財団法人北海道石炭同交振興会　同交会病院
札幌医療生活協同組合　札幌南青洲病院
社会福祉法人　函館厚生院函館中央病院
もなみクリニック
札幌整形外科
医療法人社団清香会　おおしま内科胃腸科クリニック
医療法人社団　３９会　星野泌尿器科
月寒東内科クリニック
医療法人社団　宮崎整形外科医院
医療法人社団　ひらおか内科胃腸科
勤労者医療協会　当別診療所
医療法人社団　みと内科循環器クリニック
長内歯科新川診療所
ハート歯科クリニック
平木歯科クリニック
つかごし歯科クリニック
ボストン歯科クリニック
N&R デンタルオフィス田中歯科口腔外科
わかまつ歯科医院
あすか歯科
札幌ファミリー歯科医院
北斗デンタルクリニック
堀川歯科医院
社会福祉法人　函館厚生院　函館五稜郭病院
山下整形外科クリニック
医療法人社団朋友会　石金病院
特別医療法人恵和会　西岡病院
医療法人社団　健幸会　高桑整形外科永山クリニック
医療法人恒貴会　神居やわらぎ泌尿器科
横山歯科クリニック
社会福祉法人　函館共愛会　共愛会病院
つだ歯科矯正歯科クリニック
医療法人社団　水口整形外科医院
医療法人恒貴会　東光やわらぎ泌尿器科
北海道庁診療所
藤森歯科医院
特定医療法人社団慈藻会　平松記念病院
【青森県】
独立行政法人国立病院機構　弘前病院
独立行政法人国立病院機構　青森病院
独立行政法人国立病院機構　八戸病院
国立療養所松丘保養園
独立行政法人労働者健康福祉機構　青森労災病院
自衛隊三沢病院
三沢市立三沢病院
平内町国民健康保険　平内中央病院
弘前市立病院
八戸市立市民病院
医療法人ときわ会　ときわ会病院
医療法人清照会　湊病院
医療法人社団来蘇圓会黒石あけぼの病院
社団法人慈恵会青森慈恵会病院
医療法人社団清泉会　布施病院
医療法人社団良風会　ちびき病院
医療法人千隆会　岸原病院
医療法人財団謙昌会　美保野病院
あおもり協立病院
【岩手県】
独立行政法人国立病院機構　花巻病院
独立行政法人国立病院機構　盛岡病院
独立行政法人国立病院機構　釜石病院

岩手県立東和病院
奥州市国民健康保険まごころ病院
洋野町国民健康保険　種市病院
盛岡市立病院
盛岡赤十字病院
ひがしやま病院
医療法人楽山会　せいてつ記念病院
特定医療法人社団清和会　奥州病院
社団医療法人　盛岡繋温泉病院
医療法人祐和会　久慈享和病院
もりおかこども病院
医療法人社団恵仁会　三愛病院
【宮城県】
東北大学病院
独立行政法人国立病院機構　仙台医療センター
独立行政法人国立病院機構　宮城病院
独立行政法人国立病院機構　西多賀病院
栗原市立栗原中央病院
蔵王町国民健康保険蔵王病院
石巻赤十字病院
仙台赤十字病院
宮城社会保険病院
国家公務員共済組合連合会　東北公済病院
医療法人向仁会　永井病院
医療法人寶樹会仙塩総合病院
佐藤病院
財団法人広南会　広南病院
財団法人宮城県精神障害者救護会　国見台病院
財団法人光が丘スペルマン病院
財団法人宮城厚生協会　坂総合病院
宮城利府掖済会病院
財団法人潤和リハビリテーション振興財団　潤和会記念病院
医療法人社団康陽会　中嶋病院
【秋田県】
市立横手病院
公立角館総合病院
ＪＡ秋田県厚生農業協同組合連合会　仙北組合総合病院
秋田社会保険病院
医療法人松野敬愛会能代病院
医療法人祐愛会　加藤病院
医療法人緑陽会　笠松病院
医療法人青嵐会本荘第一病院
医療法人明和会　中通総合病院
【山形県】
公立高畠病院
米沢市立病院
山形市立病院済生館
白鷹町立病院
町立真室川病院
鶴岡市立荘内病院
北村山公立病院
医療法人二本松会　山形さくら町病院
医療法人社団山形愛心会　庄内余目病院
特定医療法人敬愛会　尾花沢病院
医療法人二本松会　上山病院
財団法人　三友堂病院
【福島県】
公立大学法人福島県立医科大学附属病院
独立行政法人国立病院機構　福島病院
独立行政法人国立病院機構　いわき病院
独立行政法人労働者健康福祉機構　福島労災病院
公立藤田総合病院
公立岩瀬病院
医療法人慈繁会付属　土屋病院
医療法人秀公会　あづま脳神経外科病院
医療法人敬仁会　中野病院
医療法人安積保養園附属　あさかホスピタル
社団医療法人呉羽会　呉羽総合病院
社団医療法人養生会　かしま病院
財団法人湯浅報恩会　寿泉堂綜合病院
財団法人竹田綜合病院
財団法人慈山会医学研究所付属　坪井病院
財団法人大原綜合病院附属　大原医療センター
財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
日東病院
いがり歯科医院
財団法人　星総合病院　指定管理　三春町立三春病院
【茨城県】
筑波大学附属病院
独立行政法人国立病院機構　水戸医療センター
鹿島労災病院
茨城県立こども福祉医療センター
茨城県立あすなろの郷病院
筑西市民病院
水戸赤十字病院
古河赤十字病院
社会福祉法人恩賜財団済生会　水戸済生会総合病院
医療法人滝田会　丸山荘病院
医療法人香風会　岩上記念病院
医療法人財団古宿会　水戸中央病院
医療法人 幕内会 山王台病院
医療法人仁愛会　茅根病院
医療法人愛正会　田尻ヶ丘病院
医療法人群羊会　久慈茅根病院
医療法人一誠会　川崎胃腸科肛門科病院
医療法人社団輝峰会　東取手病院
医療法人竜仁会　牛尾病院
医療法人新生会　豊後荘病院
医療法人慈心会　那珂中央病院
明野中央医院
北水会病院
財団法人鹿島病院
財団法人筑波麗仁会　筑波学園病院
財団法人筑波メディカルセンター　筑波メディカルセンター病院
株式会社日立製作所　日立総合病院
株式会社日立製作所水戸総合病院
社会福祉法人愛正会　重症心身障害児施設　水方苑
横瀬医院
いがらしクリニック
根本眼科
医療法人隆朋会　河上医院
医療法人つくばセントラル病院

茨城県立中央病院
【栃木県】
独立行政法人国立病院機構　栃木病院
南那須地区広域行政事務組合立那須南病院
日本赤十字社栃木県支部　足利赤十字病院
大田原赤十字病院
芳賀赤十字病院
社会福祉法人恩賜財団済生会支部　栃木県済生会宇都宮病院
【群馬県】
独立行政法人国立病院機構　高崎病院
独立行政法人国立病院機構　沼田病院
独立行政法人国立病院機構　西群馬病院
国立療養所栗生楽泉園
渋川総合病院
館林厚生病院
西吾妻福祉病院
前橋赤十字病院
社会保険群馬中央総合病院
富士重工業健康保険組合　総合太田病院
医療法人醫光会　新邑楽病院
渋川中央リハビリ病院
医療法人社団慈瑩会　岩田病院
医療法人中沢会上毛病院
医療法人社団恵育会　田村産婦人科
医療法人群馬会　群馬病院
医療法人　杉本病院
医療法人誠和会　正田病院
医療法人社団生方会　生方医院
医療法人醫光会　駒井病院
医療法人社団三思会　くすの木病院
医療法人　新井胃腸科診療所
【埼玉県】
防衛医科大学校病院
独立行政法人国立病院機構　埼玉病院
独立行政法人国立病院機構　西埼玉中央病院
独立行政法人国立病院機構　東埼玉病院
さいたま赤十字病院
小川赤十字病院
済生会鴻巣病院
埼玉社会保険病院
社会保険大宮総合病院
医療法人秀峰会　北辰病院
医療法人一成会　さいたま記念病院
医療法人社団東所沢病院
医療法人社団哺育会　白岡中央総合病院
獨協医科大学越谷病院
医療生協さいたま生活協同組合　埼玉協同病院
ダイヤマ歯科医院
自治医科大学附属さいたま医療センター
北里大学北里研究所メディカルセンター病院
医療法人社団協友会　東大宮総合病院
医療法人社団富家会　富家病院
【千葉県】
千葉大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　千葉医療センター
独立行政法人国立病院機構　千葉東病院
独立行政法人国立病院機構　下総精神医療センター
国立国際医療センター国府台病院
国立がんセンター東病院
船橋市立医療センター
国保直営総合病院君津中央病院
総合病院国保旭中央病院
銚子市立総合病院
成田赤十字病院
社会保険船橋中央病院
医療法人社団明芳会　佐原中央病院
東京勤労者医療会　東葛病院
医療法人鉄蕉会　亀田総合病院
医療法人緑栄会　三愛記念病院
千葉県勤労者医療協会　千葉健生病院
医療法人　柏葉会　柏戸病院
医療法人沖縄徳洲会　千葉徳洲会病院
【東京都】
昭和大学歯科病院
東京大学医学部附属病院
慶應義塾大学病院
東京慈恵会医科大学附属病院
順天堂大学医学部附属順天堂医院
東邦大学医療センター大森病院
独立行政法人国立病院機構　災害医療センター
独立行政法人国立病院機構　東京病院
独立行政法人国立病院機構　村山医療センター
国立療養所多磨全生園
国立精神・神経センター病院
国立国際医療センター　戸山病院
国立成育医療センター
自衛隊中央病院
東京大学医科学研究所附属病院
青梅市立総合病院
葛飾赤十字産院
綜合病院　大森赤十字病院
日本赤十字社医療センター
総合病院　厚生中央病院
社会保険蒲田総合病院
城東社会保険病院
東京厚生年金病院
せんぽ東京高輪病院
石川島播磨重工業健康保険組合病院
国家公務員共済組合連合会　立川病院
公立学校共済組合関東中央病院
国家公務員共済組合連合会　虎の門病院
医療法人財団良心会　青梅成木台病院
医療法人社団愛和会　南千住病院
医療法人社団埴原会　赤羽病院
医療法人社団おきの会　旗の台脳神経外科病院
医療法人財団保養会　竹丘病院
医療法人財団　荻窪病院
医療法人社団叡宥会　安田病院
医療法人社団明芳会　新葛飾病院
医療法人財団中山会　八王子消化器病院
医療法人社団広恵会　春山外科病院
医療法人社団はなぶさ会　島村記念病院

医療法人社団永生会　永生病院
医療法人社団天紀会　上妻病院
医療法人財団岩尾会　東京青梅病院
医療法人社団三奉会　井上病院
医療法人社団順江会江東病院
医療法人社団雄心会　山崎病院
医療法人社団　飯野病院
医療法人社団千秋会　田中脳神経外科病院
医療法人社団山本・前田記念会　前田病院
医療法人社団爽玄会　碑文谷病院
医療法人財団大和会　東大和病院
医療法人社団明芳会　板橋中央総合病院
医療法人社団陽和会　武蔵野陽和会病院
要町病院
北部セントラル病院
梶原病院
町田胃腸病院
木村病院
財団法人日本心臓血圧研究振興会附属　榊原記念病院
財団法人精神医学研究所附属　東京武蔵野病院
財団法人　心臓血管研究所付属病院
財団法人　聖路加国際病院
駿河台日本大学病院
東京女子医科大学病院
NTT 東日本関東病院
社会福祉法人信愛報恩会　信愛病院
宗教法人救世軍　救世軍ブース記念病院
立正佼成会附属佼成病院
社会福祉法人白十字会　東京白十字病院
仁生社　江戸川病院
上野睡眠クリニック
ながぬま歯科医院
北里大学　北里研究所病院
医療法人社団はまなす会　芝久保内科小児科クリニック
医療法人社団宝池会　吉川内科小児科病院
日野市立病院
【神奈川県】
横浜市立大学附属病院
聖マリアンナ医科大学病院
独立行政法人国立病院機構　横浜医療センター
独立行政法人国立病院機構　久里浜アルコール症センター
独立行政法人 労働者健康福祉機構　関東労災病院
横須賀市立うわまち病院
平塚市民病院
小田原市立病院
津久井赤十字病院
横浜市立みなと赤十字病院
川崎社会保険病院
社会保険相模野病院
国家公務員共済組合連合会　平塚共済病院
医療法人財団愛心会　葉山ハートセンター
医療法人仁厚会病院
医療法人社団緑水会　横浜丘の上病院
医療法人社団仁輪会　くず葉台病院
湘南第一病院
財団法人横浜勤労者福祉協会　汐田総合病院
社会福祉法人相模更生会　総合相模更生病院
磯部クリニック
あおぞらクリニック
医療法人　林間こどもクリニック
医療法人社団　桐生医院
医療法人永光会　相模原クリニック
松村歯科室
医療法人社団緑森会　おくもり歯科医院
医療法人松翠会　グリーンパーク歯科
医療法人柏堤会　戸塚共立第 1 病院
医療法人社団愛心会　湘南厚木病院
【新潟県】
新潟大学医歯学総合病院
独立行政法人国立病院機構　新潟病院
独立行政法人国立病院機構　西新潟中央病院
新潟労災病院
新潟県立吉田病院
新潟県立津川病院
国民健康保険魚沼市立堀之内病院
南魚沼市立城内病院
済生会新潟第二病院
医療法人社団橘光葉会　三条東病院
医療法人（財団）公仁会　柏崎中央病院
医療法人青山信愛会　新津信愛病院
医療法人貴善会　村上はまなす病院
医療法人桑名恵風会　桑名病院
工藤病院
財団法人　小千谷総合病院
白根保健生活協同組合　白根健生病院
長岡赤十字病院
【富山県】
富山大学附属病院
独立行政法人国立病院機構　北陸病院
独立行政法人国立病院機構　富山病院
富山県立中央病院
高岡市民病院
あさひ総合病院
富山市立　富山市民病院
黒部市民病院
社会保険高岡病院
公立学校共済組合北陸中央病院
【石川県】
金沢大学附属病院
独立行政法人国立病院機構　石川病院
独立行政法人国立病院機構　七尾病院
独立行政法人国立病院機構　医王病院
公立羽咋病院
公立能登総合病院
公立松任石川中央病院
町立富来病院
市立輪島病院
金沢赤十字病院
社会福祉法人恩賜財団石川県済生会金沢病院
国民健康保険　小松市民病院
医療法人社団　金沢宗広病院
医療法人社団　越野病院

医療法人財団松原愛育会　松原病院
医療法人社団浅ノ川桜ヶ丘病院
医療法人社団浅ノ川浅ノ川総合病院
金沢聖霊総合病院
田谷泌尿器科医院
医療法人社団泉之杉会　にしかわクリニック
胃腸科・肛門科　新谷外科医院
洞庭医院
三平クリニック
上川医院
勝木医院
いしぐろクリニック
医療法人社団　和楽仁　芳珠記念病院
医療法人社団愛康会　加登病院
【福井県】
福井大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　あわら病院
レイクヒルズ美方病院
坂井市立三国病院
福井社会保険病院
社会保険高浜病院
本多レディースクリニック
【山梨県】
医療法人桃花会　一宮温泉病院
独立行政法人国立病院機構　甲府病院
北杜市立　甲陽病院
国民健康保険　富士吉田市立病院
社会保険鰍沢病院
医療法人景雲会　春日居リハビリテーション病院
医療法人静正会　三井クリニック
【長野県】
独立行政法人国立病院機構　長野病院
独立行政法人国立病院機構　東長野病院
独立行政法人国立病院機構　小諸高原病院
飯田市立病院
国民健康保険　依田窪病院
波田総合病院
長野市民病院
安曇野赤十字病院
飯山赤十字病院
川西赤十字病院
長野県厚生農業協同組合連合会　安曇総合病院
長野県厚生連　リハビリテーションセンター鹿教湯病院
医療法人抱生会　丸の内病院
医療法人　栗山会　飯田病院
医療法人山力会　菅沼病院
医療法人信愛会　田中病院
特別医療法人城西医療財団　城西病院
医療法人健和会　健和会病院
医療法人公生会　竹重病院
稲荷山医療福祉センター
長野中央病院
医療法人あさま会　リサーチパーククリニック
医療法人　青樹会　一之瀬脳神経外科病院
【岐阜県】
岐阜大学医学部附属病院
岐阜県総合医療センター
岐阜県立下呂温泉病院
岐阜県立多治見病院
市立恵那病院
国民健康保険　飛騨市民病院
岐阜赤十字病院
綜合病院　高山赤十字病院
岐阜県厚生農業協同組合連合会　岐北厚生病院
岐阜県厚生農業協同組合連合会　久美愛厚生病院
医療法人馨仁会　藤掛病院
特定医療法人録三会　太田病院
医療法人社団誠広会　岐阜中央病院
医療法人蘇西厚生会　松波総合病院
医療法人社団友愛会　岩砂病院第一
朝日大学歯学部附属病院
医療法人社団秀徳会　川村医院
【静岡県】
静岡市立静岡病院
浜松医科大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　静岡医療センター
独立行政法人国立病院機構　天竜病院
独立行政法人国立病院機構　静岡てんかん・神経医療センター
独立行政法人国立病院機構　静岡富士病院
自衛隊富士病院
静岡県立こころの医療センター
磐田市立総合病院
榛原総合病院
市立御前崎総合病院
菊川市立総合病院
焼津市立総合病院
県西部浜松医療センター
裾野赤十字病院
浜松赤十字病院
静岡赤十字病院
引佐赤十字病院
社会保険　桜ヶ丘総合病院
三島社会保険病院
医療法人社団　賢仁会　杉山病院
医療法人社団八洲会　袋井みつかわ病院
医療法人社団種光会　朝山病院
医療法人社団辰糸会　沼津千本病院
医療法人社団敬慈会　伊豆函南セントラル病院
医療法人財団新六会　大富士病院
弘遠会　すずかけ病院
田方保健医療対策協会　伊豆保健医療センター
NTT 東日本伊豆病院
社会福祉法人聖隷福祉事業団　総合病院聖隷浜松病院
静岡県総合健康センター
さくらい歯科医院
伊豆赤十字病院
慶應義塾大学　月が瀬リハビリテーションセンター
【愛知県】
名古屋記念病院
名古屋大学医学部附属病院
愛知医科大学病院
独立行政法人国立病院機構　名古屋医療センター

独立行政法人国立病院機構　豊橋医療センター
医療法人誠心会　大菅病院
独立行政法人国立病院機構　東尾張病院
国立長寿医療センター
独立行政法人労働者健康福祉機構　中部労災病院
独立行政法人労働者健康福祉機構　旭労災病院
公立陶生病院
知多市民病院
蒲郡市民病院
半田市立半田病院
豊橋市民病院
名古屋第一赤十字病院
愛知県済生会病院
愛知県厚生農業協同組合連合会渥美病院
愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院
JA 愛知厚生連　豊田厚生病院
国家公務員共済組合連合会　東海病院
医療法人陽和会　春日井リハビリテーション病院
医療法人豊田会　刈谷豊田総合病院東分院
刈谷記念病院
医療法人光寿会　光寿会リハビリテーション病院
医療法人清慈会　鈴木病院
医療法人社団隆豊会　礒病院
医療法人社団喜峰会　東海記念病院
医療法人豊和会　南豊田病院
特定医療法人徳洲会　名古屋徳洲会総合病院
安藤病院
財団法人　豊田地域医療センター
トヨタ記念病院
名古屋掖済会病院
医療法人　鈴木小児科医院
鈴木歯科医院
一宮市立木曽川市民病院
医療法人　ごきそレディスクリニック
医療法人豊田会　刈谷豊田総合病院高浜分院
【三重県】
三重大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　三重病院
独立行政法人国立病院機構　鈴鹿病院
恩賜財団済生会松阪総合病院
四日市社会保険病院
医療法人大仲会　大仲さつき病院
医療法人　富田浜病院
財団法人信貴山病院分院　上野病院
西城外科内科
宇野胃腸科内科医院
アップル歯科クリニック
医療法人　津西産婦人科
【滋賀県】
滋賀医科大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　紫香楽病院
滋賀県立成人病センター
彦根市立病院
公立高島総合病院
大津赤十字病院
済生会滋賀県病院
社会保険滋賀病院
医療法人友仁会　友仁山崎病院
医療法人弘英会琵琶湖大橋病院
財団法人近江兄弟社　ヴォーリズ記念病院
社会医療法人誠光会　草津総合病院
財団法人近江愛隣園　今津病院
【京都府】
京都府立医科大学附属病院
京都大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　宇多野病院
京都府立洛南病院
京都府立与謝の海病院
京都市京北病院
京都第二赤十字病院
舞鶴赤十字病院
京都第一赤十字病院
社会保険京都病院
国家公務員共済組合連合会　舞鶴共済病院
警察共済組合京都府支部　京都警察病院
医療法人愛寿会同仁病院
医療法人財団康生会　武田病院
特別医療法人岡本病院（財団）　第一岡本病院
医療法人社団千春会　千春会病院
医療法人芳松会　田辺病院
特定医療法人稲門会　岩倉病院
京都九条病院
医療法人親友会　島原病院
財団法人療道協会　西山病院
総合病院　日本バプテスト病院
財団法人　丹後中央病院
財団法人仁風会　京都南西病院
社団法人京都保健会　京都民医連中央病院
社団法人信和会　京都民医連第二中央病院
明治国際医療大学附属病院
三菱京都病院
医療法人小柴会小柴産婦人科医院
片山産婦人科
佐々木産婦人科
和知町国民健康保険和知診療所
医療法人　たちいり整形外科
医療法人社団　外松医院
小川歯科医院
社団法人京都保健会　たんご協立診療所
京都市立病院
【大阪府】
大阪大学医学部附属病院
大阪医科大学附属病院
独立行政法人国立病院機構　大阪医療センター
独立行政法人国立病院機構　大阪南医療センター
独立行政法人国立病院機構　近畿中央胸部疾患センター
独立行政法人国立病院機構　刀根山病院
地方独立行政法人大阪府立病院機構　大阪府立成人病センター
市立岸和田市民病院
箕面市立病院
日本赤十字社大阪府支部　大阪赤十字病院
星ヶ丘厚生年金病院

国家公務員共済組合連合会　大手前病院
医療法人杏和会　阪南病院
財団法人岸和田農友協会　春木病院
特定医療法人景岳会　南大阪病院
医療法人藤井会　石切生喜病院
医療法人敬寿会　吉村病院
医療法人愛賛会　浜田病院
一祐会　藤本病院
医療法人祐生会　みどりヶ丘病院
医療法人泰仁会　白山病院
医療法人協和会　聖徒病院
社会医療法人愛仁会　千船病院
医療法人愛仁会　愛仁会リハビリテーション病院
特定医療法人社団有隣会　東大阪病院
緑ヶ丘病院
財団法人淀川勤労者厚生協会　西淀病院
中山製鋼所附属病院
東大阪生協病院
茂松整形外科
高槻赤十字病院
医療法人康生会　泉佐野優人会病院
医療法人社団和風会　千里リハビリテーション病院
医療法人康生会　豊中平成病院
医療法人康生会　平成記念病院
【兵庫県】
神戸大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　神戸医療センター
三木市立三木市民病院
公立御津病院
公立宍粟総合病院
神戸市立医療センター中央市民病院
公立社総合病院
市立川西病院
市立小野市民病院
宝塚市立病院
神戸市立医療センター　西市民病院
柏原赤十字病院
姫路赤十字病院
中町赤十字病院
社会福祉法人恩賜財団　済生会兵庫県病院
社会保険神戸中央病院
医療法人緑風会　龍野中央病院
医療法人社団神鋼会　神鋼病院
医療法人弘仁会　南和病院
医療法人尚和会　宝塚第一病院
特定医療法人社団仙齢会　はりま病院
医療法人愛和会　金沢病院
医療法人古橋会　揖保川病院
医療法人社団慈恵会　新須磨病院
医療法人協和会　協立病院
医療法人甲風会　有馬温泉病院
医療法人社団　新日鐵広畑病院
医療法人財団姫路聖マリア会　総合病院姫路聖マリア病院
信原病院
財団法人　甲南病院
社団法人明石市医師会立　明石医療センター
神戸掖済会病院
志田クリニック
社団法人姫路市歯科医師会　口腔保健センター
医療法人社団樹徳会　滝谷内科医院
医療法人社団　まほし会　真星病院
医療法人社団吉徳会　あさぎり病院
医療法人康雄会　西病院
医療法人　一誠会　大原病院
加古川市民病院
医療法人尚和会　宝塚リハビリテーション病院
【奈良県】
公立大学法人奈良県立医科大学附属病院
独立行政法人国立病院機構　奈良医療センター
天理市立病院
社会福祉法人恩賜財団済生会奈良病院
国保中央病院組合　国保中央病院
奈良社会保険病院
医療法人桂会　平尾病院
財団法人　沢井病院
財団法人天理よろづ相談所病院
医療法人健和会　奈良東病院
【和歌山県】
独立行政法人国立病院機構　南和歌山医療センター
独立行政法人国立病院機構　和歌山病院
独立行政法人労働者健康福祉機構　和歌山労災病院
橋本市民病院
日本赤十字社　和歌山医療センター
医療法人弘仁会　瀬藤病院
【鳥取県】
鳥取大学医学部附属病院
独立行政法人労働者健康福祉機構　山陰労災病院
鳥取県立厚生病院
鳥取県立中央病院
日野病院組合　日野病院
医療法人十字会　野島病院
社団法人鳥取県中部医師会立 三朝温泉病院
医療法人昌生会　新田外科胃腸科病院
【島根県】
島根大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　浜田医療センター
島根県立中央病院
隠岐広域連合立隠岐島前病院
松江赤十字病院
医療法人社団創健会　松江記念病院
医療法人財団公仁会　鹿島病院
【岡山県】
岡山大学病院
独立行政法人国立病院機構　南岡山医療センター
国立療養所長島愛生園
国立療養所邑久光明園
吉備高原医療リハビリテーションセンター
総合病院岡山市立市民病院
総合病院岡山赤十字病院玉野分院
医療法人天馬会　チクバ外科胃腸科肛門科病院
医療法人社団同仁会金光病院
医療法人竜操整形　竜操整形外科病院

医療法人和風会　中島病院
医療法人　岡村一心堂病院
川崎医科大学附属川崎病院
岡山医療生活協同組合　総合病院岡山協立病院
【広島県】
独立行政法人国立病院機構　福山医療センター
独立行政法人国立病院機構　広島西医療センター
独立行政法人国立病院機構　呉医療センター
福山市民病院
広島赤十字・原爆病院
総合病院　庄原赤十字病院
社会福祉法人恩賜財団広島県済生会　済生会広島病院
医療法人社団大谷会　大谷リハビリテーション病院
医療法人社団陽正会　寺岡記念病院
医療法人社団仁慈会　安田病院
医療法人社団更生会　草津病院
医療法人社団沼南会　沼隈病院
医療法人社団宏仁会　寺岡整形外科病院
堀産婦人科麻酔科医院
医療法人紅萌会　福山記念病院
【山口県】
独立行政法人国立病院機構　関門医療センター
独立行政法人国立病院機構　岩国医療センター
独立行政法人国立病院機構　山口宇部医療センター
独立行政法人国立病院機構　柳井病院
下関市立豊浦病院
小野田赤十字病院
綜合病院　山口赤十字病院
綜合病院社会保険徳山中央病院
社会保険下関厚生病院
医療法人仁徳会周南病院
医療法人治徳会　湯野温泉病院
医療法人茜会　昭和病院
医療法人社団　磯部レディースクリニック
高取整形外科医院
山口大学医学附属病院
【徳島県】
徳島大学病院
独立行政法人国立病院機構　徳島病院
徳島逓信病院
徳島赤十字ひのみね総合療育センター
徳島県立中央病院
徳島赤十字病院
徳島県厚生農業協同組合連合会　阿南共栄病院
医療法人あさがお会　保岡クリニック　論田病院
医療法人リバーサイド　リバーサイドのぞみ病院
医療法人清流会　緑ヶ丘病院
中洲八木病院
医療法人平成博愛会　博愛記念病院
医療法人　静可会　三加茂田中病院
近藤内科病院
医療法人倚山会　きたじま田岡病院
医療法人慈成会　寺沢病院
医療法人修誠会吉野川病院
医療法人三光会　高木病院
医療法人博美会　大野病院
医療法人倚山会　田岡病院
医療法人道志社　リハビリテーション大神子病院
青鳳会美摩病院
大島病院
医療法人明和会　田蒔病院
【香川県】
香川大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　高松医療センター
独立行政法人国立病院機構　香川小児病院
国立療養所大島青松園
独立行政法人　労働者健康福祉機構　香川労災病院
坂出市立病院
社会保険栗林病院
医療法人社団たけお会　岩佐病院
赤心会　赤沢病院
牟礼病院
医療法人社団和風会　橋本病院
【愛媛県】
愛媛大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　愛媛病院
市立野村病院
市立宇和島病院
社会福祉法人恩賜財団済生会今治第二病院
宇和島社会保険病院
医療法人滴水会　吉野病院
医療法人青峰会　真網代くじらリハビリテーション病院
医療法人みのり会　三瓶病院
医療法人天真会　南高井病院
医療法人和昌会　貞本病院
医療法人団伸会　奥島病院
松山笠置記念心臓血管病院
住友別子病院
【高知県】
独立行政法人国立病院機構　高知病院
高知県立安芸病院
高知県・高知市病院企業団立高知医療センター
厚生年金高知リハビリテーション病院
医療法人川村会　くぼかわ病院
特定医療法人久会　図南病院
高知医療生活協同組合　高知生協病院
池本歯科医院
中山歯科医院
医療法人つくし会　南国病院
【福岡県】
九州大学病院
独立行政法人国立病院機構　小倉医療センター
独立行政法人国立病院機構　九州医療センター
独立行政法人国立病院機構　福岡東医療センター
独立行政法人国立病院機構　福岡病院
独立行政法人国立病院機構　大牟田病院
県立　粕屋新光園
公立八女総合病院
福岡市民病院
今津赤十字病院
健康保険直方中央病院
社会保険久留米第一病院

国家公務員共済組合連合会　浜の町病院
医療法人財団池友会　福岡新水巻病院
医療法人せいわ会　聖和記念病院
医療法人社団シマダ　嶋田病院
誠愛リハビリテーション病院
医療法人　いわさクリニック
末永産婦人科マスイ科
日高眼科クリニック
医療法人海洋会　駅南メンタルクリニック
西田クリニック
国吉眼科
原澤循環器科・内科クリニック
産科婦人科　津田病院
北九州市門司区医師会診療所
おおき矯正歯科
医療法人泯江堂　三野原病院
大牟田市立総合病院
医療法人社団廣徳会　岡部病院
福岡赤十字病院
【佐賀県】
佐賀大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　佐賀病院
独立行政法人国立病院機構　嬉野医療センター
独立行政法人国立病院機構　肥前精神医療センター
有田共立病院
武雄市立武雄市民病院
唐津赤十字病院
社会保険浦之崎病院
佐賀社会保険病院
医療法人幸善会　前田病院
医療法人順天堂　順天堂病院
医療法人清明会　やよいがおか鹿毛病院
医療法人至慈会　高島病院
医療法人静便堂白石共立病院
医療法人松籟会　河畔病院
医療法人智仁会　佐賀リハビリテーション病院
医療法人整和会　副島整形外科病院
社会福祉法人　からつ医療福祉センター
平川俊彦脳神経外科
医療法人東雲会　小野医院
医療法人實生会　池田産婦人科
うれしのふくだクリニック
医療法人　朝長医院
清哲会　藤瀬医院
医療法人虹心会　たなべクリニック産科婦人科
梶山整形外科
こが内科こどもクリニック
うえきクリニック
医療法人整和会　副島整形外科クリニック
泌尿器科　いまりクリニック
医療法人社団　栄寿会　古賀小児科内科病院
医療法人光仁会　西田病院
医療法人社団如水会　今村病院
医療法人天心堂　志田病院
医療法人　洋友会　宮原内科
小森医院
【長崎県】
独立行政法人国立病院機構　長崎川棚医療センター
独立行政法人国立病院機構　長崎病院
独立行政法人国立病院機構　長崎神経医療センター
独立行政法人労働者健康福祉機構　長崎労災病院
長崎県離島医療圏組合　中対馬病院
長崎県島原病院
公立新小浜病院
日本赤十字社　長崎原爆諫早病院
国家公務員共済組合連合会　佐世保共済病院
医療法人明星会病院
医療法人慈恵会小江原中央病院
特定特別医療法人雄博会　千住病院
医療法人徳洲会　長崎北徳洲会病院
医療法人琴生会　大石共立病院
医療法人玄州会　光武内科循環器科病院
特別医療法人春回会　井上病院
特定医療法人三佼会　宮崎病院
医療法人宏善会　諫早記念病院
三菱重工業株式会社長崎造船所病院
社会福祉法人十善会　十善会病院
医療法人尚健会　佐藤内科医院
長崎大学病院
医療法人社団壮志会　押渕病院
【熊本県】
独立行政法人国立病院機構　熊本医療センター
独立行政法人国立病院機構　熊本再春荘病院
独立行政法人国立病院機構　菊池病院
国立療養所菊池恵楓園
植木町国民健康保険植木病院
国民健康保険八代市立病院
熊本赤十字病院
日本赤十字社　熊本健康管理センター
医療法人清和会　東野病院
【大分県】
大分大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　西別府病院
九州大学病院別府先進医療センター
大分県立病院
大分県立三重病院
健康保険南海病院
特定医療法人社団春日会　黒木記念病院
医療法人長門莫記念会　長門記念病院
医療法人利光会　五反田胃腸科外科病院
咸宜会　日田中央病院
医療法人小寺会　佐伯中央病院
医療法人興仁会　桑尾病院
医療法人恵愛会　中村病院
社会医療法人財団天心堂　へつぎ病院
医療法人明和会　大分ゆふみ病院
社会医療法人敬和会　大分岡病院
医療法人弘仁会　中津脳神経外科病院
大分市医師会立アルメイダ病院
宇佐高田医師会病院
心葉消化器外科
伊藤内科医院

胤末整形外科クリニック
【宮崎県】
独立行政法人国立病院機構　都城病院
独立行政法人国立病院機構　宮崎病院
独立行政法人国立病院機構　宮崎東病院
宮崎市立田野病院
医療法人青隆会　野口脳神経外科
医療法人爽林会　政所医院
医療法人十善会　県南病院
【鹿児島県】
鹿児島大学医学部・歯学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　鹿児島医療センター
独立行政法人国立病院機構　指宿病院
独立行政法人国立病院機構　南九州病院
国立療養所星塚敬愛園
国立療養所奄美和光園
パールランド病院
医療法人慈風会　厚地脳神経外科病院
医療法人一誠会　三宅病院
医療法人柏葉会　水間病院
医療法人天道会　崎元眼科
医療法人　一心会　神田医院
医療法人恵愛会　上村病院
医療法人敬生会　久木田整形外科病院
【沖縄県】
琉球大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構　沖縄病院
独立行政法人国立病院機構　琉球病院
国立療養所沖縄愛楽園
国立療養所宮古南静園
医療法人琉心会　勝山病院
医療法人和の会　与那原中央病院
医療法人仁愛会　浦添総合病院

資料８　医療事故防止事業　運営委員会名簿

平成２１年１２月３１日現在

	飯田　修平	社団法人全日本病院協会　常任理事
	飯田　英男	奥野総合法律事務所　弁護士
	市耒﨑　潔	独立行政法人国立病院機構　神奈川病院　院長
	木下　勝之	社団法人日本医師会　常任理事
◎	堺　　秀人	神奈川県　病院事業庁　庁長
	佐相　邦英	財団法人電力中央研究所　社会経済研究所 ヒューマンファクター研究センター　上席研究員
	嶋森　好子	慶應義塾大学　看護医療学部　教授
	辻本　好子	NPO 法人ささえあい医療人権センター COML　理事長
	寺脇　康文	社団法人日本薬剤師会　副会長
	永池　京子	社団法人日本看護協会　常任理事
	永井　良三	東京大学大学院医学系研究科　教授
	中尾　　薫	社団法人日本歯科医師会　常務理事
	野本　亀久雄	財団法人日本医療機能評価機構　理事
	長谷川　敏彦	日本医科大学　医療管理学教室　教授
	原田　悦子	法政大学社会学部　教授
	町野　　朔	上智大学　法学研究科　教授
	丸木　一成	国際医療福祉大学　医療福祉学部　医療経営管理学科　教授
	村上　信乃	社団法人日本病院会　副会長

◎　座　長

資料９　医療事故防止事業部　総合評価部会名簿

平成２１年１２月３１日現在

	鮎澤　純子	九州大学大学院医学研究院　医療経営・管理学講座　准教授
	石川　　廣	日本医療機器関係団体協議会 PMS 委員会　副委員長
	浦冨　恵輔	日本医療器材工業会　安全性情報委員会　委員長
	遠藤　直哉	フェアネス法律事務所　弁護士
	大澤　總弘	日本製薬団体連合会　安全性委員会　副委員長
	小松　秀樹	国家公務員共済組合連合会虎の門病院　泌尿器科　部長
	佐々木久美子	社団法人日本看護協会　事業開発部　チーフマネジャー
	杉山　良子	武蔵野赤十字病院　医療安全推進室　専任リスクマネジャー
	高倉　照彦	医療法人鉄蕉会亀田総合病院 ME 室　室長
	永井　庸次	株式会社日立製作所　水戸総合病院　院長
	中村　　均	日本大学薬学部　病院薬学ユニット　教授
	野本　亀久雄	財団法人日本医療機能評価機構　理事
◎	長谷川　友紀	東邦大学医学部　社会医学講座　医療政策・経営科学分野　教授
	山内　豊明	国立大学法人名古屋大学医学部　基礎看護学講座　教授

◎　座　長

平成 22 年 8 月 31 日　発行

平成 21 年
医療事故情報収集等事業
平成 21 年　年報

編　　集　　財団法人　日本医療機能評価機構

発　　行　　財団法人　日本医療機能評価機構
郵便番号　101-0061
東京都千代田区三崎町 1 丁目 4 番 17 号
東洋ビル
電　話　03-5217-0252

印　　刷　　株式会社　杏林舎